

16
2º

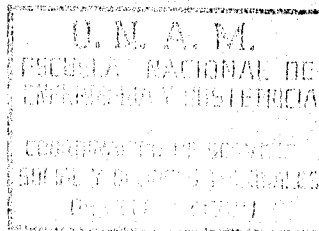
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**FACTORES QUE INTERACTUAN EN LA ACEPTACION
DEL SUBSISTEMA DE PLANIFICACION FAMILIAR
POR LAS MUJERES DE LAS COMUNIDADES, EN
LOS MODULOS DE ALFAJAYUCAN, IXMIQUILPAN
Y TASQUILLO; PERTENECIENTES A LA
JURISDICCION No. IV IXMIQUILPAN,
HIDALGO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A N :
HERNANDEZ CRUZ CECILIA
RAMIREZ ROLDAN LAURA
VIVEROS OLGUIN MA. ANTONIETA**



MEXICO, D.F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México




UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

LIC. EZEQUIEL CANELA NUÑEZ



Vo. Bo. ASESOR DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

AL LIC. EZEQUIEL CANELA NUÑEZ

Con admiración y respeto
por las atenciones que nos brindó,
durante la elaboración de este presente.
Ya que con su valioso apoyo,
dedicación y esfuerzo
logramos estar en este
eslabón con satisfacción.

SINCERAMENTE

CECY, LAURA, MARY

Señor mio

A ti te debo lo que soy
y también lo que tengo,
tú mejor que nadie; conoce
mi mundo y cada ser que
lo forma.
Por ello te pido:
Ayúdame a llevarlo siempre
conmigo y por el buen camino.

A mi madre:

A ti madre, tu que me diste la vida,
tú que eres la única que me
has aconsejado,
tú que me regañas
por todo eso,
para mí eres y seras la única.

A mi hermana:

A la hermana que hace la soledad desaparecer,
para que sin soledad se viva alegre al amanecer.

A esa hermana incondicional,
que día a día su mano tiende al dar aquella ayuda triunfal,
sin esperar nada a cambio.

Se ofrece, para un problema resolver,
por eso a mi hermana que nada exige;
por ser como es, por ser como será.
a mi hermana a quien considero:
una persona magnífica, única y especial.

GRACIAS

Cecilia Hernández

A mi amado padre (q.e.p.d.)

Alfonso Ramírez Vázquez

Al cual amo y recordaré por siempre
y se que en este día
comparte aún conmigo la dicha
de ver concluidos mis estudios.

Que Dios, te bendiga papá.

A mi adorada madre

Ma Teresa Roldán Rodríguez

A la cual doy gracias por formar parte
tan importante en mi vida
por su amor, cariño y comprensión,
por su gran fortaleza con que siempre me guió
por su paciencia infinita de inculcar en mi el amor
a la vida, a Dios y a mis semejantes
pero ante todo doy gracias a Dios por
conservarla aún conmigo y darle la dicha
de compartir a mi lado este gran triunfo...

Que Dios te ilumine Mamá.

A mis queridos hermanos

Alfonso, Teresa, Angélica, Graciela, Alejandro y José Luis

Por ser mis mejores amigos en todo momento, por brindarme su apoyo
y saber que cuento con ustedes, por su gran corazón que posee cada uno
de ustedes, por seguir aquellos detalles que inculcaron nuestros padres
pero sobre todo gracias a Dios por conservarlos unidos y que compartan
conmigo este gran evento por lo que me resta decirles:
Actuen guiados por el bien y sepan elegir entre dos caminos, el mejor ... Suerte!

A mi gran amor

Ricardo

Por su amor y ternura, por su cariño desinteresado,
Por la delicadeza en sus palabras en los momentos más difíciles de mi vida
pero sobre todo gracias a Dios por darle la luz para ver realizado este gran
anhelo y darle la satisfacción de seguir adelante caminando de la mano
para siempre...
Con cariño KIKo.

GRACIAS

LAURA

A mis Padres

Medardo y Emma

Quienes me dieron el ser y son para mí el ejemplo a seguir
Los Quiero Mucho.

A mis hermanos

Rafael, Ernesto, Mary, Lety, José, Medardo, Claudia y Emma.
Por su apoyo brindado para llegar al término de un ciclo más en mi
preparación, por su esfuerzo para hacer de mí una profesionalista
y por la dedicación que siempre recibí

Al Profesor Lic. Ezequiel Canela Nuñez

Por la asesoría proporcionada, durante el desarrollo del presente trabajo.

GRACIAS

MARY

INDICE

CONTENIDO	PAG.
INTRODUCCION	I
JUSTIFICACION	II
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	III
OBJETIVOS	IV
METODOLOGIA	V
1. MARCO TEORICO	1
1.1 Aspectos geográficos del Estado de Hidalgo	1
1.1.1 Municipio de Alfajayucan	
1.1.2 Municipio de Ixmiquilpan	2
1.1.3 Municipio de Tasquillo	3
1.2 ASPECTOS GENERALES DE LA EEC	4
1.2.1 Antecedentes	5
1.2.2 Concepto	7
1.2.3 Estructura	7
1.2.4 Funciones o perfil de la estructura operativa	9
1.2.5 Actividades	10
1.2.6 Información y evaluación	12
1.3 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA PLANIFICACION FAMILIAR	14
1.3.1 Factores socio-económicos (escolaridad, ocupación e Ingresos)	14
1.3.2 Factores culturales (creencias-religión)	18
1.4 LA CONDICION DE LA MUJER	21
1.4.1 La mujer campesina	24
1.4.2 La mujer en la familia	31
1.4.3 La mujer y la educación	32
1.5 PLANIFICACION FAMILIAR Y SALUD REPRODUCTIVA	40
1.5.1 Concepto de planificación familiar	40
1.5.2 Objetivos de la planificación familiar	40
1.5.3 Concepto de salud reproductiva	41
1.6 ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO Y FEMENINO	41
1.6.1 Aparato reproductor femenino	41
1.6.2 Aparato reproductor masculino	51
1.7 METODOS ANTICONCEPTIVOS	53
1.7.1 Métodos hormonales orales combinados	53

1.7.1.1	Formulación	54
1.7.1.2	Presentación	54
1.7.1.3	Efectividad anticonceptiva	54
1.7.1.4	Indicaciones	54
1.7.1.5	Contraindicaciones	55
1.7.1.6	Precauciones	55
1.7.1.7	Forma de administración	55
1.7.1.8	Lineamientos generales para la prescripción	56
1.7.1.9	Efectos colaterales	56
1.7.1.10	Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales	56
1.7.1.11	Seguimiento de la usuaria	57
1.7.2	HORMONALES ORALES QUE SOLO CONTIENEN PROGESTINA	57
1.7.2.1	Formulación	57
1.7.2.2	Presentación	57
1.7.2.3	Efectividad anticonceptiva	57
1.7.2.4	Indicaciones	57
1.7.2.5	Contraindicaciones	58
1.7.2.6	Precauciones	58
1.7.2.7	Forma de administración	58
1.7.2.8	Lineamientos generales para la prescripción	59
1.7.2.9	Efectos colaterales	59
1.7.2.10	Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales	59
1.7.2.11	Seguimiento de la usuaria	59
1.7.3	MÉTODOS HORMONALES INYECTABLES	60
1.7.3.1	Formulación	60
1.7.3.2	Presentación	60
1.7.3.3	Efectividad anticonceptiva	60
1.7.3.4	Indicaciones	60
1.7.3.5	Contraindicaciones	61
1.7.3.6	Precauciones	61
1.7.3.7	Forma de administración	61
1.7.3.8	Lineamientos generales para la prescripción	62
1.7.3.9	Efectos colaterales	62
1.7.3.10	Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales	63
1.7.3.11	Seguimiento de la usuaria	63
1.7.4	HORMONALES INYECTABLES QUE SOLO CONTIENEN PROGESTINA	63
1.7.4.1	Formulación	63
1.7.4.2	Presentación	64
1.7.4.3	Efectividad anticonceptiva	64
1.7.4.4	Indicaciones	64
1.7.4.5	Contraindicaciones	64
1.7.4.6	Precauciones	64
1.7.4.7	Forma de administración	65
1.7.4.8	Lineamientos generales para la prescripción	65

1.7.4.9	Efectos colaterales	65
1.7.4.10	Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales	66
1.7.4.11	Seguimiento de la usuaria	66
1.7.5	DISPOSITIVO INTRAUTERINO	66
1.7.5.1	Descripción	66
1.7.5.2	Presentación	67
1.7.5.3	Efectividad anticonceptiva	67
1.7.5.4	Indicaciones	67
1.7.5.5	Contraindicaciones	67
1.7.5.6	Precauciones	67
1.7.5.7	Forma de administración	68
1.7.5.8	Lineamientos generales para la prescripción	68
1.7.5.9	Efectos colaterales	68
1.7.5.10	Seguimiento de la usuaria	68
1.7.6	METODOS DE BARRERA	69
1.7.6.1	Condón o preservativo	69
1.7.6.1.1	Descripción	69
1.7.6.1.2	Efectividad anticonceptiva	69
1.7.6.1.3	Indicaciones	69
1.7.6.1.4	Contraindicaciones	69
1.7.6.1.5	Forma de uso	69
1.7.6.1.6	Lineamientos generales para la prescripción	70
1.7.6.1.7	Efectos colaterales	70
1.7.6.1.8	Seguimiento del usuario	70
1.7.6.2	ESPERMICIDAS	70
1.7.6.2.1	Descripción	70
1.7.6.2.2	Efectividad	71
1.7.6.2.3	Formulaciones	71
1.7.6.2.4	Indicaciones	71
1.7.6.2.5	Contraindicaciones	71
1.7.6.2.6	Forma de administración	71
1.7.6.2.7	Lineamientos generales para la prescripción	72
1.7.6.2.8	Efectos colaterales	72
1.7.6.2.9	Seguimiento de la usuaria	72
1.7.7	METODOS NATURALES O DE ABSTINENCIA PERIODICA	72
1.7.7.1	Método de calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus	73
1.7.7.2	Método de la temperatura	73
1.7.7.3	Método del moco cervical o de Billings	74
1.7.7.4	Método sintotérmico	75
1.7.8	METODOS ANTICONCEPTIVOS DEFINITIVOS	75
1.7.8.1	Oclusión tubaría bilateral	75
1.7.8.1.1	Descripción	75

1.7.8.1.2	Efectividad anticonceptiva	75
1.7.8.1.3	Indicaciones	75
1.7.8.1.4	Contraindicaciones	76
1.7.8.1.5	Precauciones	76
1.7.8.1.6	Forma de aplicación	76
1.7.8.1.7	Tiempo de realización	76
1.7.8.1.8	Anestesia	76
1.7.8.1.9	Lineamientos generales para la prescripción	76
1.7.8.1.10	Efectos colaterales	77
1.7.8.1.11	Seguimiento de la usuaria	77
1.7.8.2	VASECTOMIA	77
1.7.8.2.1	Descripción	77
1.7.8.2.2	Efectividad anticonceptiva	77
1.7.8.2.3	Indicaciones	78
1.7.8.2.4	Contraindicaciones	78
1.7.8.2.5	Precauciones	78
1.7.8.2.6	Forma de aplicación	78
1.7.8.2.7	Tipos de técnica quirúrgica	78
1.7.8.2.8	Técnica tradicional con bisturí	78
1.7.8.2.9	Técnica tradicional sin bisturí	78
1.7.8.2.10	Lineamientos generales para su prescripción	79
1.7.8.2.11	Efectos colaterales	79
1.7.8.2.12	Seguimiento del usuario	79
1.8	IMPLICACIONES DE LA SALUD REPRODUCTIVA Y DE LA PLANIFICACION FAMILIAR	79
1.8.1	Implicaciones sociales	80
1.8.2	Implicaciones psicológicas	81
1.8.3	Implicaciones biológicas o médicas	83
1.9	LA PLANIFICACION FAMILIAR COMO APOYO A LA SALUD	84
1.9.1	Acciones de planificación familiar que contribuyen a la salud reproductiva	85
2.	RESULTADOS	
2.1	Cuadros y Analisis	86
3.	CONCLUSIONES	116
4.	ALTERNATIVAS DE SOLUCION	119
GLOSARIO		
ANEXOS		
BIBLIOGRAFIA		

INDICE DE CUADROS

No.	TITULO	PAGS.
1	Edad de las mujeres entrevistadas que pertenecen a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.	86
2	Religión practicada por las mujeres pertenecientes a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.	88
3	Escolaridad de las mujeres entrevistadas pertenecientes a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.	90
4	Estado civil de las mujeres que pertenecen a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.	92
5	Ocupación de las mujeres entrevistadas que pertenecen a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.	94
6	Ingreso económico mensual de las mujeres entrevistadas que pertenecen a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.	96
7	Número de hijos que tienen las mujeres pertenecientes a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.	98
8	Concepto de planificación familiar que manejan las mujeres entrevistadas que pertenecen a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.	100
9	Respuesta del concepto de control natal que manejan las mujeres entrevistadas que pertenecen a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.	102
10	Respuesta del concepto de método anticonceptivo que manejan las mujeres entrevistadas que pertenecen a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.	104

11	Métodos anticonceptivos conocidos por parte de las mujeres entrevistadas que pertenecen a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.	106
12	Métodos anticonceptivos empleados por las mujeres entrevistadas que pertenecen a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.	108
13	Personas que influyen en las mujeres entrevistadas para aceptar la planificación familiar que pertenecen a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.	110
14	Razones por las cuales las mujeres entrevistadas no utilizan los métodos anticonceptivos pertenecientes a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.	112
15	Conocimiento que tienen las mujeres entrevistadas sobre el costo que tiene el servicio de planificación familiar que pertenecen a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.	114

INTRODUCCION

1

La presente investigación se realizó para analizar e identificar la influencia que tienen los factores socio-económicos (escolaridad, ocupación e ingresos y factores culturales (creencias-religión) en la aceptación de la planificación familiar y la práctica anticonceptiva en las mujeres en edad fértil de las comunidades rurales en los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo, donde existe una actitud de rechazo hacia la planificación familiar debido a que las mujeres viven dedicadas solo a la procreación y crianza de los hijos, así como de otros aspectos; esto propició gran interés en el tema por lo que se decidió investigar cuales eran los factores que en mayor o menor grado influyen en la población y como afectan estos en la decisión sobre la aceptación y uso de los métodos anticonceptivos; así como distinguir que tan importante ha sido que el servicio de planificación familiar se encuentre en la localidad.

En base a la investigación esta ha sido estructurada de la siguiente forma: En la primera parte se encuentra la justificación, objetivos y metodología del tema de estudio.

La segunda parte está conformada por el marco teórico en el cual se abarcan puntos importantes como Aspectos Geográficos de los tres módulos en estudio del Estado de Hidalgo, aspectos generales de la Estrategia de Extensión de Cobertura, Planificación familiar y Salud reproductiva, métodos anticonceptivos vigentes, así como factores de religión, cultura y socio-económicos que forman parte de nuestro medio ambiente, de la misma manera se dan a conocer generalidades de los aparatos reproductores masculino y femenino y las implicaciones que tienen la salud reproductiva con la planificación familiar.

Posteriormente se ubican los resultados y cuadros que se obtuvieron del tema en estudio; siguiendo las conclusiones en donde se destacan con veracidad los aspectos mas sobresalientes que se encontraron, en cuanto a la religión no tiene trascendencia en las mujeres con respecto a la aceptación de planificación familiar ya que refieren que es decisión de tipo personal, en relación al factor socio-económico observamos que si son de gran importancia puesto que la decisión de aceptar la planificación familiares por parte del esposo o bien por la propia familia, así como la emigración del esposo en donde no hay la necesidad de utilizar un método mientras éste se encuentre ausente, al igual que el factor económico tiene que ver con la decisión de planificar puesto que se encontró un gran número de mujeres que refieren que el servicio tiene algún costo por el insumo deficiente de métodos anticonceptivos, así mismo la falta de información e

información distorsionada que tiene gran parte de la población; ello nos da pauta para valorar los factores que influyen para que la población no acepte el subsistema de la planificación familiar.

Considerando lo anterior se propone dar alternativas de solución en base a los problemas que en mayor grado se encontraron:

- Realizar promoción directa sobre el subsistema de planificación familiar por parte de la auxiliar de salud, así como el equipo de módulo haciendo énfasis en aquellas mujeres que no son usuarias, teniendo la seguridad de que la información que se proporciona sea veraz y oportuna y de esta manera aumentar el número de usuarias o bien modificar las ideas erróneas que tienen sobre planificación familiar.

- Elaborar un programa específico, sobre orientación sexual y planificación familiar acorde a las diferentes etapas del individuo. (hombre y mujer).

- Dotación oportuna de métodos anticonceptivos a las diferentes casas de salud correspondientes a los módulos.

La intervención de la Enfermería en el primer nivel de atención a la salud es básico, ya que su principal objetivo es promover y preservar la salud es forma oportuna, llevando a cabo los programas prioritarios de Salud; así como el realizar investigación en campo, de esta manera se detectan los principales problemas de aquejan a una determinada población, siendo las zonas marginadas las que necesitan personal de salud bien capacitado como lo es el papel de la Enfermera, la cual tiene la capacidad de detectar, promover y brindar atención oportuna de acuerdo a las necesidades que se presentan.

JUSTIFICACION

II

Durante la estancia en el Servicio Social, se observó que uno de los problemas que aquejan las zonas rurales dispersas de la Jurisdicción No. IV Ixmiquilpan-Hidalgo; es el rechazo a la aceptación de la Planificación Familiar, siendo este uno de los programas prioritarios de la Estrategia de Extensión de Cobertura, encontrándose que al ser estas zonas marginadas tienen bajos recursos económicos y su nivel educacional es escaso, ya que gran parte de la población cuenta con estudios de primaria, dando origen a que los jóvenes tengan relaciones sexuales en la etapa de adolescencia o a temprana edad y por consiguiente se casen a corta edad, dando como resultado embarazos no deseados, embarazos con periodos intergenésicos cortos y embarazos complicados (anemias, toxemia, productos hipotróficos) repercutiendo todo ello en la Salud-Materno-Infantil, ya que existe un índice importante de natalidad en los municipios de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo

De ahí que el propósito de esta investigación fué conocer la problemática que existe en relación a la aceptación del subsistema de la Planificación Familiar, así como la valoración del personal de salud hacia la promoción y consejería de la misma.

Con los resultados obtenidos de esta investigación se pretende coadyuvar a la solución del problema que existen a través de alternativas de solución, concientizando a la población de la importancia de la Planificación Familiar, dirigida a una serie de acciones para el mejoramiento de la salud y calidad de vida de la misma.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

III

¿Cuáles son los factores que interactúan en la aceptación del subsistema de planificación familiar por las mujeres de las comunidades de los módulos pertenecientes a la Jurisdicción No. IV de Ixmiquilpan Hidalgo?

OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores que influyen para que las mujeres acepten el subsistema de planificación familiar de la Estrategia de Extensión de Cobertura de los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo; pertenecientes a la jurisdicción No. IV de Ixmiquilpan Hidalgo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar el nivel de conocimiento sobre planificación familiar que tienen las mujeres de las comunidades.

Conocer el grado de conocimientos que tienen las mujeres en relación a los métodos anticonceptivos para la aceptación de la planificación familiar

Conocer el nivel socio-económico y cultural que tienen las mujeres en edad reproductiva de las comunidades.

Proponer alternativas de solución al personal de salud y a las mujeres para la aceptación del subsistema de Planificación Familiar, acorde a las condiciones de salud.

La presente investigación fué planeada en dos etapas. La primera etapa comprende una investigación bibliográfica y documental, con el objeto de estructurar el marco teórico.

La información obtenida se concentró en fichas bibliográficas y de trabajo.

La consulta bibliográfica permitió abordar desde diferentes enfoques la situación actual en la que se desenvuelve la mujer. Considerando importante retomar el tema de estudio desde diversas áreas de conocimiento como son la Estrategia de Extensión de Cobertura, anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino, métodos anticonceptivos, así como implementaciones sociales, psicológicas y biológicas de la población en general principalmente; ya que por el tipo de investigación descriptiva, se requiere contar con elementos teóricos que fundamenten la problemática existente.

Se realizó un análisis del programa de planificación familiar a nivel jurisdiccional con el objeto de identificar los diversos factores que estén condicionando la decisión de la mujer sobre la aceptación de la planificación familiar.

La segunda etapa de la investigación inició el proponernos a conocer la situación de la mujer en edad reproductiva de las comunidades en estudio; específicamente su historia, seleccionando como técnica la recolección de datos al cuestionario, el cual fué aplicado a 180 mujeres que residen en las localidades que integran los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo. Las personas que quedaron incluidas en el muestreo fueron seleccionadas al azar de acuerdo al total del universo.

El tiempo destinado para la aplicación de este formato fue de un mes aproximadamente, en visitas programadas a las comunidades procurando que durante la entrevista la persona se encontrara sola o con su conyuge de tal forma que pudieran expresar sus respuestas sin coacción alguna.

El llenado de la cédula la llevo a cabo el encuestador con la finalidad de evitar la mala interpretación de las interrogantes enunciadas.

El procesamiento de datos se llevó a cabo por medio del método de paloteo.

La presentación de la información obtenida se efectuó por medio de cuadros, facilitándonos el análisis de la información que se realizó con la confrontación de datos obtenidos en la investigación, con el marco teórico y la observación directa con el fenómeno. Así mismo se dió a conocer la elaboración de las conclusiones correspondientes.

CRITERIOS DE INCLUSION

Mujeres en edad reproductiva que son residentes de las comunidades.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Personas de la comunidad que no estan en edad reproductiva.
Personas que no residen en las comunidades a estudiar

LIMITE

TIEMPO: Del 1o. de Octubre de 1994 al 31 de Enero de 1996.
ESPACIO 12 comunidades de los módulos: Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo.

ALFAJAYUCAN Cerro Azul, Sta. María la Palma, San Lucas y Yonthe Chico.

IXMIQUILPAN Heredad, Olivo, Estación y Bangandho.

TASQUILLO: Danghú, Juchillán, Rinconada y Stgo. Ixtlahuaca.

Mismas de la Jurisdicción Sanitaria No. IV Ixmiquilpan Hidalgo.

RECURSOS

HUMANOS: 3 pasantes de Lic. en Enfermería y Obstetricia.

MATERIALES:

Métodos Anticonceptivos: orales, inyectables, dispositivos y preservativos.

Material ginecológico: espejos vaginales

Papelería: Cuestionarios, hojas blancas, folders, máquina de escribir, lápices, goma, pluma, etc.

RECURSOS FINANCIEROS

Remunerado por los pasantes de la Lic. Enfermería y Obstetricia.

UNIVERSO DE TRABAJO

180 mujeres en edad fértil.

VARIABLES

- * Aceptación del subsistema de planificación familiar.
- * Nivel socio-económico (escolaridad, ocupación, ingresos)

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

PLANIFICACION FAMILIAR

DEFINICION CONCEPTUAL

Es el número de hijos que una pareja desea tener.

Es el acuerdo al cual llega tanto el hombre como la mujer para tener los hijos que desean.

DEFINICION REAL

Conjunto de medios puestos al servicio de la población para informarla y ayudarla en el control de la natalidad.

Es el derecho de toda persona a decidir de manera más libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos y obtener la información especializada así como los servicios idóneos.

DEFINICION NOMINAL

Concepto de planificación familiar.

CONTROL NATAL

DEFINICION CONCEPTUAL

Relación entre el número de nacimientos y habitantes de una región.

DEFINICION REAL

Es la regulación de nacimientos

Conjunto de procedimientos tendentes a modificar la natalidad.

DEFINICION NOMINAL

Concepto de control natal.

METODO ANTICONCEPTIVO

DEFINICION CONCEPTUAL

Es para prevenir el embarazo y no tener hijos

DEFINICION REAL

Modo de decidir o hacer una cosa con orden y según ciertos principios.
Contra la fecundación

Es el conjunto de operaciones para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso en un cierto periodo, y obtener un resultado.

DEFINICION NOMINAL

Concepto de Método Anticonceptivo

TIPO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

- a) Hormonales orales
- b) Hormonales inyectables
- c) Dispositivo
- d) Preservativo
- e) Métodos definitivos.

NIVEL SOCIOECONOMICO

El tipo de clases sociales que pertenece una sociedad.

DEFINICION REAL

Actividad de una colectividad humana relativa a la reproducción y consumo de riquezas.

Es el estudio de la distribución de recursos escasos entre un número ilimitado de fines competitivos.

Es la ciencia social que estudia el modo como los hombres y las sociedades intentan satisfacer sus necesidades y deseos materiales, ya que los medios de que disponen no les permiten lograrlos completamente.

DEFINICION NOMINAL

- a) Menos de un salario mínimo.
- b) Un salario mínimo.
- c) Dos salarios mínimos y más.

ESCOLARIDAD

DEFINICION CONCEPTUAL

El tipo de grado de estudios que lleva a cabo una persona.

DEFINICION REAL

Conjunto de recursos que en un establecimiento docente sigue un estudiante.

Período de tiempo durante el cual se asiste a la escuela

Tiempo que se asiste a un centro de enseñanza para llevar a cabo los estudios.

DEFINICION NOMINAL

- a) Analfabeta
- b) Primaria incompleta
- c) Primaria completa
- d) Secundaria incompleta
- e) Secundaria completa
- f) Otros.

RELIGION

DEFINICION CONCEPTUAL

Es el tipo de creencias que adquiere un individuo, ya sea religión católica, evangelista, etc.

DEFINICION REAL

Conjunto de dogmas y prácticas propias de un confesión religiosa.

Estado de las personas que se obligan con voto a cumplir una de las reglas autorizadas por la iglesia.

Es un fenómeno universal que permite a los hombres explicar lo que comprenden, lo que les da miedo, la vida, la muerte, el sufrimiento; así corresponden a influir en el curso de los acontecimientos, hechizos y sacrificios, a las fuerzas místicas que son consideradas responsables.

DEFINICION NOMINAL

- a) Católica
- b) Evangelista.
- c) Otras.

CULTURA

DEFINICION CONCEPTUAL

Son los hábitos adquiridos de un pueblo o ciudad que se van adquiriendo de generación en generación por los abuelos o padres, etc. llevándolas acabo los hijos como costumbres.

DEFINICION REAL

Conjunto de conocimientos científicos literarios adquiridos.

Conjunto de estructuras sociales y religiosas y de manifestaciones intelectuales, artísticas, etc. que caracterizan a una sociedad.

Instrucción, ilustración, sabiduría resultante de haber cultivado los conocimientos humanos.

Complejo de conocimientos, ciencias, arte moral, derecho, costumbres y cualesquiera otras aptitudes y hábitos que el hombre adquiere como miembros de la sociedad.

Formas de cultura y estructura social, ambas son teorías olisticas en el sentido de que tratan de encuadrar todos los aspectos de la sociedad y la cultura.

DEFINICION NOMINAL

- a) Parentesco
- b) Organización social.
- c) Otros.

OCUPACION

DEFINICION CONCEPTUAL

El trabajo que desempeña una persona en el cual emplea ya sea tiempo completo o medio tiempo.

DEFINICION REAL

Acción y efecto de ocupar trabajo o actividad en que uno emplea tiempo

Empleo u oficio, nivel de ocupación

Modelos relativamente continuos de actividades que proporcionan a los trabajadores un medio de vida y definen su estatus social general.

DEFINICION NOMINAL

- a) Campesino
- b) Albañil
- c) Jornalero
- d) Otros.

1.- MARCO TEORICO

1.1 ASPECTOS GEOGRAFICOS DEL ESTADO DE HIDALGO

El Estado de Hidalgo se localiza en la parte central del país, al Oeste de la Sierra Madre Oriental, al Noroeste de la Altiplanicie Meridional y al Sur de la Planicie Costera Oriental, se ubica en los meridianos 19° 36' - 21° 24' de latitud norte y los 97° 58' - 99° 54' de latitud oeste. Limita al Norte con San Luis Potosí, al Este con Puebla, al Sureste con Tlaxcala, al Sur con el Estado de México y al Oeste con Querétaro. La extensión territorial del estado es de 20,870 km.2 representa el 1.06% de la superficie total del país. Está conformado por 84 municipios. El estado cuenta con 16 cabeceras de Distrito: Actopan, Apan, Atotonilco el Grande, Huejutla, Huichapan, Ixmiquilpan, Jacala, Metztitlán, Molango, Pachuca Tenango de Doria, Tula de Allende, Tulancingo, Zacualtipán, Zimapán y Mixquiahuala.

En general su clima es templado, frío en las sierras o extremoso en varios municipios del lado Oeste. Cuenta con las sierras de Pachuca, sierra de Zimapán y Jacala. En lo que se refiere a su hidrografía cuenta con algunas cascadas o saltos de agua, lagunas, presas y pozos.

Su flora y fauna varían mucho en todo el estado, así podemos encontrar arbustos, selva baja, matorral espinoso, cardón, garambullo, ahuehuetes, rosales, organos, mezquites, nopales y magueyes.

Su fauna también es diversa se puede encontrar: víbora de cascabel, armadillo, zorrillo, ardilla, coyote, lobo, tlacuache, conejo, liebre, ratón de campo.

En lo que refiere a servicios cuenta con todos los necesarios para la realización de todas las actividades de la población.

1.1.1 MUNICIPIO DE ALFAJAYUCAN

El acceso al municipio es por el entronque de las carreteras federales número 85 y 45 con rumbo al Suroeste. Se ubica geográficamente entre los meridianos 20° 24' 40" de latitud norte y 99° 20' 59" de longitud Oeste del meridiano de Greenwich, tiene una altitud de 1898 metros sobre nivel del mar. Colinda al Norte con Tasquillo, al Sur con Chapantongo y Chilcuautla, al Este con Chilcuautla e Ixmiquilpan y al Oeste con Huichapan y parte de Tecozautla. Actualmente Alfajayucan enclavada en el Valle del Mezquital tiene una extensión territorial de 470 km2, con una población aproximada de 11,249 habitantes, cuenta con 37 comunidades y 4 barrios.

Su clima es seco, acentuándose el calor en los meses de abril, mayo, junio y parte de julio. En lo que a su flora se refiere se encuentra el cardón, el maguey silvestre, huizache, garambullo, organo y bisnagas; en su fauna se aprovechan los terrenos para pastorear (ganado ovino, caprino, vacuno y equino, también se encuentra fauna silvestre como: topo, conejo, liebres, águilas, condor y víboras de campo.

A este municipio lo cruza el arroyo Oheni, el cual desemboca en las presas Vicente Aguirre y Javier Rojo Gómez.

La mayor parte de la población se dedica al negocio privado, pastoreo y elaboración de artesanías.

En servicios públicos existe caseta telefónica, telégrafos, luz eléctrica, agua intra y extra domiciliaria, transporte colectivos y privados, escuelas públicas y privadas.

En servicios de salud cuenta con unidades aplicativas de la Secretaría de Salud y del I.M.S.S. además de consultorios privados y dispensarios.

1.1.2 MUNICIPIO DE IXMIQUILPAN

Ixmiquilpan pertenece y es cabecera de la región del mismo nombre, la cual está integrada por 7 municipios. Se ubica geográficamente entre los paralelos 20° 29' 04" de latitud norte y 99° 13' 05" de longitud oeste del Meridiano de Greenwich, a 2,271 metros sobre el nivel del mar. Se encuentra sobre el kilómetro 159 de la carretera internacional México Laredo, en el centro del Valle del Mezquital, colinda al Norte con los municipios de Nicolás Flores, al Sur con Chilcuautla y San Salvador al Este con Cardonal y Santiago de Anaya y al Oeste con Tasquillo, Zimapán y Alfajayucan. Tiene extensión territorial de 559.87 km² de superficie, la población total del municipio es de 61,575 habitantes.

Su clima es templado, acentuándose el calor en los meses de mayo, junio, julio y agosto. El río Tula atraviesa el municipio de Sur a Noroeste, uniéndose al río Moctezuma en los límites del estado de Querétaro.

En lo que se refiere a su flora se encuentran: musgos, nopales, magueyes, organos, hizaches, ahuehuetes, garambullo, cardón, organos y bisnagas, en lo que se a su fauna se refiere se encuentra: coyote, lobo, tlacuache, zorra, zorrillo, conejos, liebre, ratón de campo, serpientes y ardillas.

La mayor parte de la población se dedica al comercio, elaboración de artesanías y algunos a la agricultura.

En lo referente a servicios públicos cuenta con teléfono, correo, telégrafos, luz eléctrica, agua intra y extradomiciliaria, escuelas públicas y privadas, radiodifusoras. En los servicios de salud cuenta con hospitales de la Secretaría de Salud y del I.M.S.S., Clínica del I.S.S.S.TE., Centro de salud urbano, casa de salud, y el sistema para el desarrollo integral de la familia (DIF).

1.1.3 MUNICIPIO DE TASQUILLO

Módulo Tasquillo pertenece a la Jurisdicción IV Ixmiquilpan, en el Estado de Hidalgo. Se encuentra localizado a 19 km. de Ixmiquilpan.

Tasquillo se encuentra localizado entre numerosos valles entre cerros y serranías. El tipo de suelo está constituido por tepetate de color gris arcillado con piedras, inapropiado para la producción agrícola.

El clima según la clasificación Köppen se considera templado semifrío con un verano cálido alcanzando temperaturas media anual de 18.2° en mayo, junio, julio, agosto y septiembre.

Se presentan heladas desde fines de octubre hasta febrero y parte de marzo, la precipitación anual es de 477 mm. cúbicos, distribuidos en los meses de mayo y septiembre.

La vegetación que predomina son: nogales, mezquites, nopal, cardones, magueyes, lechuguillas que crecen en el desierto, carrizos y gran variedad de higueras, existen también cactáceas y matorral desértico.

La fauna dentro de la comunidad de Tasquillo, predominan los animales domésticos de la región, se encuentran las gallinas, cebras, borregos, guajolotes, el ganado vacuno, porcino y burros. Entre los animales silvestres se encuentran los siguientes: ardillas, ratas, conejos, tiacuaches, tejones, coyotes, armadillos, zorrillo y serpientes del tipo coralillo.

La vía de acceso principal a Tasquillo es una carretera pavimentada que comunica a Tasquillo con Ixmiquilpan y Zimapán, también existen brechas que comunican a la cabecera municipal con otras comunidades más lejanas.

La comunidad de Tasquillo cuenta con todos los servicios públicos; excepto algunas de sus comunidades.

El medio de transporte usual es de los colectivos que transporta a la población, principalmente de la cabecera municipal a la Jurisdicción Ixmiquilpan. Para las comunidades que integran el módulo; generalmente no existe medio de transporte.

Tasquillo cuenta con los servicios médicos institucionales de: Seguro Social (Primer Nivel), Centro de Salud, Médicos particulares.

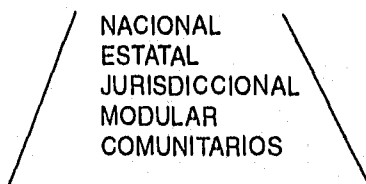
Las comunidades que integran el módulo Tasquillo cuentan con una casa de salud proporcionada por la misma población y que está a cargo de una auxiliar de salud.

Los programas prioritarios de la EEC son: Planificación Familiar, Embarazo, Parto y Puerperio, Atención al menor de 5 años y Actividades varias (Consulta médica a la población en general).

Las comunidades que integran el módulo Tasquillo son: Cuauhtémoc, Danghú, Juchitlán, Mothó, Rinconada, Santiago Ixtlahuaca, San Pedro y Tetzhu

1.2 ASPECTOS GENERALES DE LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA.

La Estrategia de Extensión de Cobertura es un instrumento para radicar los programas prioritarios de salud en las zonas rurales dispersas que se encuentran apartadas de las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud. De esta manera se llevan los servicios básicos de salud a la población mediante un sistema en el que comprende los siguientes niveles de organización:



Las actividades a realizar son las siguientes:

A nivel central (Dirección General de Planificación Familiar):

Normaliza la atención de planificación a nivel central, capacita recursos humanos, supervisa las acciones de la EEC, gestiona la obtención de recursos, realiza estudios de investigación, se coordina con las direcciones generales de los otros programas que influye la EEC.

A nivel estatal (Responsable del Programa de Planificación Familiar y E.E.C.): Coordina las acciones de la E.E.C. en la entidad, adecúa los programas de capacitación de acuerdo a su situación y recursos, supervisa el desarrollo de las actividades de la E.E.C. provee de material, equipo y medicamentos y verifica su adecuada utilización.

A nivel jurisdiccional (Coordinador Médico Jurisdiccional): Elabora la programación local, ejecuta y supervisa las acciones de la E.E.C., capacita y asesora a las Supervisoras de Auxiliares de Salud y Auxiliares de Salud, distribuye insumos y materiales, coordina las actividades de las Supervisoras de Auxiliares de Salud.

A nivel modular (Supervisora de Auxiliares de Salud): Sirve de enlace entre la auxiliar de salud y los servicios institucionales de salud, capacita y apoya a las auxiliares de salud, supervisa el desarrollo de las actividades, proporciona atención selectiva de casos, refiere pacientes a otros niveles de atención, distribuye material, equipo y medicamentos, selecciona las comunidades de 500 a 2500 habitantes, participa en el desarrollo y organiza a la comunidad, participa en la elección de las auxiliares de salud.

A nivel comunitario (Auxiliar de Salud): Representa la base de la estructura operativa, proporciona servicios básicos de salud en la comunidad, promueve la participación de la población en acciones de salud, identifica oportunamente riesgos para la salud y proporciona referencia y contrarreferencia de casos a otro nivel.

La Secretaría de Salud capacita a todo el personal de salud para supervisar y adiestrar según la función asignada y de esta manera ofrecer los servicios y recoger la información básica acerca de las condiciones de salud de la comunidad. En la actualidad la Estrategia de Extensión de Cobertura, atiende a más de 13,000 localidades rurales y cubre una población de diez millones en que existen aproximadamente 2,500,000 mujeres en edad fértil.

1.2.1 ANTECEDENTES

En los últimos 50 años el gobierno de la República ha realizado esfuerzos crecientes para atender a la población más desprotegida que generalmente habita en localidades pequeñas y alejadas, en virtud de los asentamientos humanos dispersos del país dificultan la instalación de servicios de salud para satisfacer las necesidades de las comunidades rurales.

En México existen 154,016 localidades rurales, de las cuales 13,465 son entre 500 y 2,500 habitantes y 140,551 son menores de 500. La dispersión de la población es tan elevada que en 98.3% de las localidades radica 28.7% de la población total del país, según el XI Censo General de Población y Vivienda de 1990.

POBLACION RURAL EN LA E.E.C.

Total de localidades rurales	154,016
Población	23289,924
Entre 500 y 2,500 habitantes	13,465
Población	13339,265
Localidades 500 habitantes	140,551
Población	9950,659

Fuente: XI Censo General de Población y Vivienda 1990

El 7.5% de las personas mayores de cinco años hablan alguna lengua indígena, esto es 5.3 millones de personas y de ellos 15.8 son monolingües. El 12.4% de la población total de México es analfabeta y de ésta la mayor proporción son mujeres.

LENGUAS INDIGENAS

5.3 Millones hablan lengua indígena
(7.5% Población Total)
81.3% Hablan también español

Fuente: XI Censo General de Población y Vivienda 1990

La Secretaría de Salud (SSA) tiene la responsabilidad de atender a la población abierta del país, la mayor parte de ella habita en el área rural, en localidades menores de 2,500 habitantes que se encuentran diseminadas en zonas geográficas de difícil acceso y por ello se le considera como población rural dispersa.

Para atender a esta población, la SSA creó en 1985 la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC-SSA), como una herramienta para llevar servicios básicos de salud, entre ellos la Planificación Familiar para así procurar y mejorar el bienestar social. Desde entonces se le encargó a la Dirección General de Planificación Familiar (DGPF) la normatividad, seguimiento y evaluación de la EEC-SSA, mediante una coordinación con las autoridades estatales y la organización de la jurisdicción sanitaria.

1.2.2 CONCEPTO

La EEC-SSA es un conjunto de servicios de atención primaria a la salud diseñada para coadyuvar a la satisfacción de las necesidades básicas de los habitantes de las comunidades rurales dispersas. La prestación de estos servicios se realiza por una persona de la misma comunidad, a quien se le denomina "auxiliar de salud" y se encuentra vinculada a los servicios formales de atención médica mediante la supervisión por parte de una enfermera que la visita periódicamente para proporcionarle apoyo técnico.

Las auxiliares de salud son generalmente oriundas de la comunidad, y residen en ella. Se le selecciona con base en características tales como liderazgo, facilidad de comunicación y poseer respeto moral.

El trabajo fundamental de la auxiliar de salud es:

Proporcionar servicios de planificación familiar y atención primaria a la salud a la población rural.

Lograr la participación solidaria de la comunidad en la satisfacción de sus necesidades de salud.

Contribuir a formar una cultura de salud a través de acciones educativas y preventivas.

Mantener actualizado el censo nominal y el seguimiento de la vigilancia epidemiológica simplificada.

Establecer coordinación con las autoridades locales para el desarrollo y realización de actividades comunitarias.

1.2.3 ESTRUCTURA

La EEC-SSA forman parte de la infraestructura de la SSA en el nivel jurisdiccional y constituye el componente comunitario de atención para la salud de la población abierta.

El personal depende del jefe o director de la jurisdicción sanitaria, al cual se vincula a través del o los coordinadores médicos jurisdiccionales de la EEC-SSA formando el enlace entre los servicios institucionales de atención médica y el componente comunitario.

La jurisdicción sanitaria tiene la responsabilidad de elaborar la programación local y la distribución de los insumos y materiales, así como de la ejecución, supervisión y evaluación de las actividades de la EEC-SSA en cada uno de los módulos de atención comunitaria. Cada módulo se integra en promedio por 10 comunidades rurales dispersas y queda a cargo de una enfermera supervisora de auxiliar de salud, quien tiene la

responsabilidad de supervisar, capacitar y asesorar en servicio a la auxiliar, así como dotarla de los recursos materiales para su trabajo.

La EEC-SSA se compone de las auxiliares de salud, las enfermeras supervisoras y los coordinadores médicos jurisdiccionales. El esquema operativo consiste en la interacción entre un coordinador médico jurisdiccional que conduce las actividades de cuatro enfermeras supervisoras, y cada una de estas tiene a su cargo coordinar y apoyar el trabajo de diez auxiliares de salud.

**ESQUEMA OPERATIVO
A NIVEL JURISDICCIONAL DE LA E.E.C.**

.....		
Coordinador	Supervisora	Auxiliares
1 Médico Jurisdiccional	4 de auxiliares de salud	40 de salud
.....		

La auxiliar de salud representa la base de la estructura operativa de la EEC-SSA, y es seleccionada y propuesta para este cargo por el comité de salud de la propia comunidad.

La supervisora de auxiliares de salud es una enfermera que ha demostrado experiencia en el trabajo rural comunitario, principalmente en las áreas de capacitación y supervisión. La supervisora es el puente de unión entre las comunidades rurales y la estructura formal de servicios en la jurisdicción sanitaria. De su labor depende en buena medida el éxito de los programas de salud incorporados en la EEC-SSA.

En la actualidad la EEC-SSA cuenta con un coordinador nacional, 307 coordinadores médicos jurisdiccionales, 1,210 enfermeras supervisoras y 13,012 auxiliares de salud. En algunas entidades federativas se incrementa el número de personal en concordancia con los recursos financieros adicionales que se consiguen localmente.

'Número variable por jurisdicción.

1.2.4 FUNCIONES Y PERFIL DE LA ESTRUCTURA OPERATIVA

Funciones del Coordinador Médico Jurisdiccional.

La incorporación del coordinador médico jurisdiccional representa un apoyo permanente para el personal operativo que labora en el ámbito comunitario y depende del jefe de la jurisdicción sanitaria. Este médico tiene como principales características, una preparación técnico-administrativa en servicios básicos de salud para cumplir en forma óptima con las actividades asignadas. Las funciones fundamentales son programar, coordinar, dirigir, capacitar, supervisar, informar y evaluar las actividades en los componentes comunitario e institucional en el ámbito jurisdiccional.

Perfil del Coordinador Médico Jurisdiccional

- 1) Médico cirujano titulado.
- 2) Experiencia profesional en actividades de planificación familiar, mínima de un año.
- 3) Residencia en su jurisdicción
- 4) Disponibilidad para viajar dentro del área de su jurisdicción sanitaria.
- 5) Interés en las actividades de planificación familiar y de atención primaria a la salud.
- 6) Motivación para trabajar en áreas rurales.
- 7) Habilidad para: a) establecer buenas relaciones humanas, b) desarrollar iniciativas, c) tomar decisiones, d) conducir grupos.

Funciones de la Supervisora de Auxiliares de Salud.

En la EEC-SSA la supervisora de auxiliares de salud representa el enlace entre la auxiliar de salud y los servicios institucionales fortaleciendo de esta forma la cobertura de servicios de salud a la población rural. La supervisora de auxiliares de salud se ha definido como el personal de enfermería de nivel general, técnico o auxiliar, con experiencia en trabajo de campo en lo que se refiere a atención materno infantil y planificación familiar. Además con habilidades de supervisión y capacitación que le permitan desarrollar las actividades que se realizan en las localidades rurales bajo su responsabilidad.

Perfil de la Supervisora de Auxiliar de Salud.

- 1) Enfermera general, técnico o auxiliar.
- 2) Disponibilidad para viajar a las comunidades rurales que integran el

módulo.

3) Experiencia en actividades de campo, supervisión y capacitación, mínima de un año.

4) Residencia en la localidad que se selecciona cabecera de módulo.

5) Habilidad para: a) establecer enlace entre las comunidades rurales y el componente institucional, b) fincar una comunicación con líderes de la comunidad, c) identificar áreas problema a las cuales debe darse solución, d) proporcionar adiestramiento en servicio a la auxiliar de salud durante las visitas de supervisión.

6) Capacidad para: a) programar, organizar y controlar con otros trabajadores de la salud, las actividades que se llevan a cabo en las comunidades rurales y b) proporcionar atención selectiva y referir a los usuarios de la auxiliar de salud cuando requieran de una atención de mayor nivel.

Funciones de la Auxiliar de Salud.

La auxiliar de salud es la persona que suministra los servicios básicos de salud y promueve medidas que mejoren las condiciones sanitarias.

Perfil de la Auxiliar de Salud.

La selección de la auxiliar de salud se realiza en forma conjunta con la comunidad, lo que permite establecer los requisitos indispensables con base en las siguientes características:

a) ser oriunda o residente de la localidad rural, b) ser líder natural y participar en acciones en bien de la comunidad, c) mostrar interés por el trabajo que desarrollará en la comunidad, d) disponer de un tiempo mínimo de cuatro horas diarias para el desarrollo de sus actividades, e) ser propuesta por la comunidad para desempeñar el trabajo de auxiliar de salud, f) obtener un resultado satisfactorio de las entrevistas y del examen, g) tener una edad entre 20 a 45 años, h) preferentemente casada o haberlo sido, i) instrucción primaria o saber leer y escribir, y j) contar con el apoyo de su familia.

1.2.5 ACTIVIDADES

La EEC-SSA es precisamente una estrategia para llevar los servicios básicos de salud a las comunidades rurales apartadas y dispersas. Se puede considerar como un instrumento para aplicar los programas prioritarios de la SSA.

Para definir el universo de acción de la EEC-SSA en cada comunidad, la auxiliar de salud y la enfermera supervisora efectúan anualmente el recuento de los habitantes de la localidad y su agrupación por edades y sexos, escolaridad, número de parejas y familias, e identifican a las mujeres embarazadas. Así mismo, hace la descripción gráfica de la distribución de las viviendas de cada familia, los edificios públicos, accidentes geográficos y otros puntos de interés. En este croquis se marcan los hogares de las embarazadas, de los infantes menores de cinco años, de los niños con esquemas incompletos de vacunación, de las usuarias de planificación familiar, así como de los ancianos y de las personas enfermas o incapacitadas. El censo y el croquis de la población sirven de base para hacer el plan de trabajo para la ejecución de las actividades de la auxiliar de salud y de la supervisora.

La participación de los auxiliares de salud y las supervisoras ha sido determinante para la integración del Censo Nominal del Programa de Vacunación Universal, en el que se registran todas las mujeres en edad fértil y los menores de cinco años según las dosis de vacunas, para así facilitar la cobertura.

La EEC-SSA también constituye uno de los eslabones del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Simplificada, instrumento que permite detectar oportunamente los riesgos para la salud, mediante un registro sencillo de notificación de los casos de enfermedad.

Las principales actividades que se realizan en la EEC-SSA se pueden condensar en el siguiente cuadro:

ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD EN COMUNIDADES RURALES A NIVEL JURISDICCIONAL.

- Inmunizaciones
- Agua limpia
- Nutrición adecuada
- Lactancia materna
- Planificación familiar
- Prevención de enfermedades diarreicas
- Control de infecciones respiratorias agudas

La atención a adultos, consiste en efectuar: a) la detección y vigilancia de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, b) la atención de casos de morbilidad local, c) planificación familiar, d) primeros auxilios y

curaciones de heridas, e) aplicación de toxoide tetánico y f) referencia de pacientes.

La atención a menores de cinco años, incluye : a) la asistencia al recién nacido, b) vigilancia y control del niño sano, c) promoción y aplicación de inmunizaciones, d) promoción de medidas para evitar diarreas y uso de hidratación oral, e) prevención y control de las infecciones respiratorias agudas y f) somatometría.

La atención general, comprende: a) sesiones educativas para la promoción y fomento de la salud, b) saneamiento básico como letrinización y potabilización del agua, y c) promoción de acciones sociales para mejorar las condiciones de salud. Para lograr la participación comunitaria, la supervisora y la auxiliar realizan de manera sistemática entrevistas, visitas domiciliarias y sesiones educativas con el apoyo didáctico correspondiente a las características culturales y tradicionales de cada localidad.

1.2.6 INFORMACION Y EVALUACION

La EEC-SSA cuenta con un sistema de información que permite evaluar de manera sistemática el desarrollo de las actividades y de esta forma, apoyar la toma de decisiones en los diferentes niveles responsables de la EEC-SSA: modular, jurisdiccional, estatal y nacional. Este sistema de información es el componente comunitario del Sistema Estatal de Información Básica (SEIB). Una de las características más importantes del SEIB es que permite evaluar de manera oportuna la prestación de servicios en cada nivel operativo, debido a que cada nivel específico se cuenta con la información antes del nivel inmediato superior

El sistema de información de la EEC-SSA está integrado por cuatro subsistemas que permiten evaluar los servicios básicos de salud:

- a) Planificación familiar
- b) Embarazo, parto y puerperio
- c) Atención al menor de cinco años
- d) Actividades varias

Para recolectar los datos y generar información desde la comunidad hasta el nivel jurisdiccional, el sistema de información utiliza cuatro formatos para cada subsistema:

- a) Calendario de control
- b) Registro permanente
- c) Informe de módulo
- d) Informe de la jurisdicción

Para concentrar la información mensual de todas las comunidades del estado, se utiliza el informe de actividades realizadas fuera de la unidad médica en donde se registran los datos de los informes jurisdiccionales.

Durante los últimos cinco días de cada mes, la supervisora de auxiliares de salud actualiza los registros permanentes de todas las comunidades a su cargo con el fin de concentrar la información en el informe de módulo. El coordinador médico jurisdiccional valida la información y entrega los informes de módulo al estadígrafo jurisdiccional, quien es el responsable de llenar el informe de la jurisdicción de cada subsistema.

En el nivel estatal se concentran los datos de las jurisdicciones y se envía a la Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación a más tardar el día 20 del mes posterior al que se informa.

De esta manera el SEIB es la fuente sistemática de datos que genera el número de usuarios con el que se evalúa periódicamente el cumplimiento de las metas, se programan las actividades y se realiza el presupuesto correspondiente. El proceso de Planeación de la EEC-SSA cuenta con una apertura programática y una asignación presupuestal dentro del Programa de Planificación Familiar (D.J-05) por lo que los logros de los usuarios nuevos, usuarios activos y las atenciones son el elemento fundamental para conocer el avance y presupuestar los recursos.

En particular para la evaluación de la EEC-SSA además de los datos del SEIB, se utiliza información de las visitas de supervisión en todos los niveles que permiten hacer un diagnóstico operativo de las actividades con el fin de implementar las líneas de acción que propicien un desarrollo eficiente del personal que participa en la planificación familiar

También se cuenta con el Modelo de Evaluación Supervisión (MES) que es un conjunto de instrumentos que permiten conocer de que manera y en que medida se está cumpliendo con los objetivos de la EEC-SSA, además capta variables que proporcionan una base para el análisis cualitativo de los servicios que proporcionan y permite una visión completa del avance en una entidad federativa. El MES está formado por cuatro módulos:

- a) Desarrollo histórico de la EEC-SSA
- b) Seguimiento operativo de las actividades del coordinador médico jurisdiccional.
- c) Diagnóstico de las necesidades de capacitación
- d) Encuesta para la población

De esta manera se puede conocer la forma en que la población percibe el servicio que recibe de la auxiliar de salud y las razones por las que

algunos habitantes de la comunidad no acuden a solicitar servicios. También se determina el nivel de conocimientos que tienen los prestadores de servicios y se identifican prioridades en la capacitación y adiestramiento en servicio.

Con el análisis de los resultados del MES se establecen líneas de acción para ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios. (1)

1.3 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA PLANIFICACION FAMILIAR

1.3.1 Factores Socio-económicos

México como un país capitalista en vías de desarrollo se le considera como un país económicamente dependiente y, por lo tanto, su autonomía política es limitada.

Los factores socioeconómicos y demográficos de un país son esenciales para el estudio de la mayoría de los fenómenos psicológicos y sociales. Se estima que esto influye en el estilo de vida de sus habitantes, en su proceso de toma de decisiones, en sus actitudes, creencias y conductas, así como sus motivaciones. (2)

El estado socioeconómico de un individuo refleja su posición en un sistema de estratificación social, educación, ocupación, ingreso, círculo de interacción entre amigos que comparten su patrón de consumo, características "objetivas" que influyen en el hombre y moldean su conducta.

Estas características "objetivas" se combinan para producir dos características "subjetivas" cruciales. La primera es la posición que la comunidad impone al hombre, la evaluación de su situación económica lo que conocemos como su "estatus social" o el prestigio que tiene ante los ojos de los demás.

La segunda se refiere a un sentido de autoidentificación, de conciencia de clase del individuo. (3)

El crecimiento de la población es un factor que puede contrarrestar los esfuerzos de los países para que sus habitantes logren mejores niveles de vida.

La teoría socioeconómica dice que: a) hasta que el desarrollo socioeconómico no haya alcanzado cierto nivel, no es posible disminuir la fertilidad y b) una vez que se haya llegado a ese nivel, la fertilidad disminuirá por sí misma. Naturalmente la conclusión es que resulta útil tratar de influir en la fertilidad antes de que se haya satisfecho el requisito del desarrollo económico y social, y es innecesario hacerlo después. (4)

(1) Secretaría de Salud, Estrategia de Extensión de Cobertura págs. 1-31

(2) Pick de Welss, Susan, Estudio Social psicológico de la Planificación Familiar, pag. 14

(3) Pick. Op. cit. pag. 67

(4) Nagul, Mohavliwad, Administración de programas de planificación familiar, pag. 90

Los países menos desarrollados simplemente no tienen tiempo para esperar hasta que los lentos procesos del desarrollo produzcan sus efectos benéficos últimos. Se debería hacer un esfuerzo vigoroso y directo para disminuir las tasas de crecimiento de la población sin esperar a que el desarrollo cambie la situación fundamental, social y económica. Una vez reducidas las tasas de crecimiento demográfico el capital estaría libre de lo que hubiera habido que gestar en un esfuerzo desesperado para quedar al nivel de las exigencias crecientes de más gente, y entonces el desarrollo sería acelerado. (5)

ESCOLARIDAD

Todo proceso educativo tiene por finalidad el desarrollo de individuos libres que sean capaces de pensar por sí mismo y de tomar decisiones racionales cuando la elección es posible.

La educación de los métodos anticonceptivos es un proceso a través del cual cambia de actitud y de comportamientos en esferas determinadas. Uno de los objetivos principales es capacitar al individuo a que se integre en aspectos de sexualidad en un proceso armónico de maduración, logrando de tal manera la realización personal plena en la comunicación con el otro sexo y la preparación de ambos para asumir sus responsabilidades frente a los hijos y sociedad. (6)

PROMOVER LA IGUALDAD ENTRE EL HOMBRE Y LA MUJER

Es aquí donde se busca promover ya no sólo normativa o legislativamente la igualdad de derechos entre el hombre y la mujer

Algo que a nuestro parecer es excelente en la utilización de los medios de comunicación que permitan la divulgación de valores, normas y conceptos donde verdaderamente se proclame la igualdad de derechos entre los sexos y no se haga del mismo un tema superficial esporádico y sin importancia, el cual no trascienda ni concientice a la población

Dar iguales oportunidades educativas a los hombres y mujeres. Actualmente el estado pugna por la igualdad de oportunidades educativas ya que reconoce que desde antaño han existido limitaciones hacia la mujer que han impedido su adecuada incorporación al sistema educativo, pesea que en las ciudades la mujer ha logrado mayores oportunidades de asistir a las escuelas lo que queda comprobado con el 39% que ocupan las mujeres en el nivel superior. (7)

(5) Nagui, Op. cit. pags. 94,95

(6) Documento de Instituto de estudios políticos, económicos y sociales. pag. 22

(7) San Martín, Hernan. Salud y Enfermedad. pag. 590

El deseo de limitar el número de hijos está muy acentuado entre las parejas de alta paridad, la implantación efectiva de la planificación familiar podría lograrse aún en las sociedades tradicionales mediante el uso de un método anticonceptivo simple y eficaz, y un sistema conveniente de información y servicio.

La declinación de la proporción de analfabetas en la población total cambia la estructura de la producción, el empleo y la mezcla de tecnologías y un aumento en la variedad y uso de recursos naturales. Se ha encontrado que estos cambios conducen finalmente a que decline la tasa de crecimiento de la población. (8)

La instrucción es un factor importante que contribuye al cambio del papel tradicional de la mujer y a su vez está relacionado con la participación de la mujer en empleos remunerados, hecho que ofrece a las mujeres una posibilidad de tener y criar hijos.

Una persona con mayor grado de escolaridad está capacitada para percibir el mundo que la rodea más objetivamente que un individuo con menor educación.

También se ha observado, como resultado de la educación una mayor confianza en los tratamientos médicos modernos y la abstención de los métodos tradicionales de curación.

Según un estudio realizado en Brasil y México, una vez que se llegaba a la escuela secundaria se adquiría lo que se llamó "perspectiva moderna". Entre las personas que vivían en zonas urbanas existía una mayor diferencia entre los que habían completado su educación primaria y los que habían terminado la secundaria. En el caso del medio rural sucedió lo opuesto, lo que indica que las primarias rurales no son tan eficientes como las urbanas respecto a los procesos de socialización.

Lo anterior apoya la teoría de que, la educación en los campesinos no desempeña un papel tan importante como entre los habitantes de las ciudades.

A este respecto se ha visto que en los niveles de educación más bajos no hay diferencias importantes en los niveles de fecundidad, pero que en los grados más altos de instrucción si son muy pronunciados éstas diferencias entre personas con diferentes niveles educacionales. (9)

La fertilidad declina con el aumento del tiempo de escolaridad por dos causas: en primer lugar, las mejores educadas se casan más tarde, y en segundo lugar, es más probable que las mejor educadas usen anticonceptivos y así reduzcan su nivel de embarazo después de casadas. (10)

(8) Pick, Op.cit. pags. 64-66

(9) Nagui, Op.cit. pag. 101

(10) Pick, Op. cit. pag. 66

Con un mayor nivel de educación, la población se compromete más con las ideas e instituciones de una cultura moderna más amplia. Si el individuo es o cree ser, parte de un sistema en el que las relaciones con la familia extendida no son el centro de un sistema social empieza a encontrar recompensas en tipos de relaciones interpersonales en las que una familia numerosa puede ser un inconveniente. (11)

OCUPACION

Como la reproducción humana es parte de la reproducción social, la posición en la ocupación del jefe de hogar es uno de los determinantes clave de los requerimientos de mano de obra dentro de la unidad doméstica. A priori, los salarios inadecuados, la inseguridad y la inestabilidad del trabajo son factores que favorecen a la familia numerosa, bajo estas condiciones, la inseguridad económica se compensa, hasta donde sea posible, por la participación en la fuerza de trabajo de otros miembros de la unidad doméstica. (12)

Para la importancia del empleo para las mujeres y el nivel de procreación de hijos, se puede hacer referencia a la investigación sobre la fertilidad mundial, se encontró en México que el nivel reciente de fertilidad implica que las mujeres sin experiencia de trabajo procrearán 7.2 niños en 25 años de matrimonio; las mujeres que hayan trabajado en granjas familiares o en otras empresas de tipo familiar, tendrán 6.4 hijos; en tanto que aquellas que hayan trabajado en el sector moderno tendrán sólo 5.3 hijos.

Un vínculo similar entre el empleo y la fertilidad se ha encontrado en la inmensa mayoría de los países, aunque en algunos casos el trabajo familiar parece no tener efecto en la fertilidad, mientras en otros sus efectos son tan amplios como los de ausencia del trabajo a nivel familiar. La relación entre el empleo y la fertilidad permanece más o menos estable independientemente de los antecedentes educacionales o residenciales de la pareja. (13)

OCUPACION E INGRESO ECONOMICO

La principal ocupación es la agricultura, las demás ocupaciones son: obreros, comerciantes, operadores de transporte y ayudantes en general. Los técnicos son muy pocos y mucho menos los profesionales. Generalmente la mujer que trabaja se emplea como trabajadora doméstica. En los módulos sobresale las accesorias, personas que se dedican a la artesanía como trabajos realizados a base de fibras vegetales, canastas y reatas, así como personas que cuentan con yacimientos de diatomita.

(11) Figueroa, Beatriz, La Fecundidad en México, pag. 282

(12) Nagui, Op. cit. pag. 103

Alrededor del 60% de la población masculina emigra al país vecino del norte debido a la búsqueda de mayores fuentes de trabajo y mayores ingresos económicos, algunos sólo emigran por temporadas y regresan a su lugar de origen, otros lo hacen por tiempo indefinido, regresan sólo por unos días.

El padre es la principal fuente de ingresos, ya que los hijos varones y la madre constituyen un porcentaje menos de la población económicamente activa. En general el ingreso económico mensual varía desde \$ 50.00 hasta más de \$1,000.00.

1.3.2 FACTORES CULTURALES

La cultura se refiere a la totalidad de lo que aprenden los individuos en tanto miembros de la sociedad, es una forma de vida, un modo de pensar de actuar y de sentir.

La importancia de la cultura radica en el hecho de que proporciona el conocimiento y las técnicas que le permiten sobrevivir a la humanidad, tanto física como socialmente, así como dominar y controlar hasta donde ello sea posible, el mundo que le rodea. El hombre parece poseer pocas habilidades y conocimientos instintivos que le permitan sostenerse así mismo, ya sea individualmente o en grupo.

El hecho de que la cultura es aprendida y compartida tiene una importancia fundamental en su definición. Los hombres, no heredan sus hábitos y creencias, sus capacidades y su conocimiento; los adquieren a lo largo de sus vidas. Lo que ellos aprenden proviene de los grupos en que han nacido y dentro de los cuales viven. Los hábitos adquiridos por el niño son sin duda regulados de acuerdo con los de su familia o de los de otras personas cercanas.

Las costumbres son aquellas normas e instituciones que están fuertemente sancionadas desde el punto de vista moral. Su observancia es exigida de varias maneras, y el no respetarlas acarrea desaprobación moral.

Otro gran elemento de la cultura, son las ideas, abarca un variado y complejo conjunto de fenómenos sociales. Incluye las creencias que los hombres tienen sobre ellos mismos y sobre el mundo social, biológico y físico en el que viven, y también las creencias sobre sus relaciones con sus semejantes, con la sociedad y la naturaleza, y con aquellas otras entidades y fuerzas que suelen descubrir, aceptar o conjurar.

Ello abarca la totalidad del vasto conjunto de conocimientos y creencias por el cual los hombres explican sus observaciones y experiencias - folklore, leyendas, proverbios, teología, ciencia, filosofía, saber práctico, y el cual toman en cuenta al escoger sus actos alternativos. (14)

(14) Chinoy, Ely, La sociedad, pags. 36-42

LA SOCIEDAD MEXICANA

El uso extendido de la planificación familiar presenta muchas dificultades en México, pues la mayoría de las veces la pareja no cuenta con el menor grado de integración o el conocimiento requerido. Además, existe una fuerte resistencia cultural o derivada de las normas no sólo en lo que respecta a la estructura familiar sino también ante la mayoría de los cambios que amenazan con transformar el modo tradicional de vida.

La familia mexicana está basada en dos proposiciones fundamentales: a) la supremacía absoluta e incuestionable del padre y b) el autosacrificio absoluto y necesario de la madre.

Se puede afirmar que en México al padre se le teme, más no se le respeta, y que a la madre se le quiere y respeta no como a un individuo perse, sino por tolerar silenciosamente todos los sufrimientos que el hombre impone a ella como a sus hijos.

El que la madre sea el centro en las familias mexicanas se puede explicar con base en:

- a) la falta de apoyo emocional por parte del padre
- b) la ausencia total o parcial del padre en muchas cosas.

De este modo vemos que la madre se siente sola y con una gran responsabilidad sobre sus espaldas, y contra todas sus aspiraciones en conseguir el amor y la comprensión de sus hijos. Les crea así una fuerte dependencia, con la esperanza de que nunca la abandonen, o recurre al chantaje emocional destacando una y otra vez cuanto se ha sacrificado por ellos y cuanto le ha costado vencer todos los obstáculos impuestos, principalmente por el padre, para poder hacer de ellos lo que son.

La sociedad mexicana confunde el amor con una unión destinada a procrear hijos. Al matrimonio, se le considera como un valor más importante que el amor; a la prostitución se le acepta culturalmente, aunque no en forma oficial, como un medio para separar el "amor necesario" para tener hijos, del placer sexual. (15)

En la relación conyugal existe una marcada división de las obligaciones, no comparten ideas, no toman decisiones juntos, existe poca comunicación lo que disminuye la posibilidad de discutir abiertamente sobre diferentes temas. Existe una relación negativa entre la dominación masculina, la restricción del papel de la esposa y una precaria comunicación diádica (entre dos) con la efectividad y ejecución de las prácticas anticonceptivas.

{ 15 } Pick. Op. cit. pag. 53, 54

La comunicación marital es indispensable para la existencia de un diálogo sobre el número de hijos deseados y las prácticas anticonceptivas a seguir. En algunos casos una plática ocasional puede indicar cierta inclinación por la familia numerosa, y las parejas pueden no considerar necesario discutir la planificación familiar hasta que tienen ya varios hijos.

A los hombres se les permite, e incluso es de esperarse, que sostengan relaciones sexuales premaritales, mientras que a las mujeres se les exige que lleguen "puras y vírgenes" a su noche de bodas. Se da por hecho, así mismo, que los elementos del sexo masculino tienen relaciones extramaritales. Esto está íntimamente relacionado con el valor positivo que se atribuye a "su capacidad" para procrear muchos hijos o su habilidad de ser un "padre proflífico", y con las actitudes negativas hacia la contracepción masculina.

Por lo regular los hombres no se ocupan de los niños ni realizan ninguna tarea considerada como propia para la mujer o del hogar, lo que explica por que él no se ocupa de lo que sucede en el hogar. Lo único que exige es que se le obedezca y que su autoridad sea incuestionable.

RELIGION

Actitud de la religión en el empleo de los métodos anticonceptivos.

Los puntos de vista religiosos éticos están íntimamente entrelazados y pueden considerarse juntos, la anticoncepción no es un tema discutido en la biblia. Los hijos son considerados en ella como un don de Dios y un signo de su bendición para la tribu y el individuo. (16)

Desde 1930 el Papa Pío definió su actitud en la Encíclica Casti Connubii, sobre la prevención de la concepción en donde afirma: "El acto conyugal tiene un fin, según su propia naturaleza la creación de un vida nueva, todos lo que intencionalmente le quitan su virtud natural, cometen un acto afrentoso e intrínsecamente inmortal" y añade de que el hecho que una pareja realice el acto sexual únicamente por placer y no para la concepción infringe la ley de Dios.

En 1951 Pío XXI en su plática sobre el matrimonio cristiano y la maternidad, enumeró los motivos de tipo médico, augenésico y social que pueden existir " durante largo tiempo o todo lo que dure el matrimonio" para procrear hijos. Como métodos moralmente correctos para prevenir la ovulación, admitió sólo los días infecundos o la abstinencia sexual. (17)

(16) Gordón, Problemas éticos en medicina. pag. 267

(17) Pérez, Julieta, Higiene sexual. pag. 49

La Iglesia Católica Romana sólo permite oficialmente el uso del método rítmico como medio de evitar el embarazo. El Papa Pablo VI reiteró en su cíclica de 1968 la opción del Vaticano a todos los demás métodos. Esto ha creado una amplia oposición dentro de la comunidad católica, tanto entre los laicos como entre los clérigos. (18)

La posición de la Iglesia Evangélica deja a cada individuo la decisión del caso donde aclara que el matrimonio no es un goce sexual legitimado, sancionado por la iglesia y del que habla la Biblia.

La Iglesia Angélica en 1930 publicó un mensaje en el cual determina que las parejas que sienten el deber moral de reducir la paternidad y en los que esté moralmente justificado no practicar la abstinencia completa, pueden utilizar otros métodos siempre y cuando estén de acuerdo con los principios cristianos.

Los Testigos de Jehová consideran que el control natal constituye un asunto de carácter totalmente personal.

La Iglesia respecto a la esterilización tiene una actitud análoga a la de los agentes anticonceptivos, es decir de manera directa e indirecta. Si la integridad física está en peligro, en riesgo o en defensa contra un daño duradero entonces la mutilación anatómica o funcional es una esterilización indirecta moralmente permitida. En cambio si la intervención es realizada en las trompas sanas es una esterilización directa no permitida, si la esterilización es una prescripción médica, tampoco es permitida por la iglesia pues las trompas no constituyen un peligro para el organismo, sino para la actividad sexual. (19)

1.4 LA CONDICION DE LA MUJER

Partiendo de que la cultura es todo un conjunto de condiciones sociales históricas, en el área política, laboral, religiosa, familiar y personal, y que ésta se aprende mediante una interacción continua de los sujetos en la sociedad, no será difícil comprender el porqué es necesario que se retome este tema, para poder dilucidar la casualidad de una determinada problemática en un área geográfica delimitada.

Cada uno de nosotros está inmerso en una sociedad que posee una cultura particular, la cual comparte ciertas similitudes con otras, una cultura

(18) Gordón, Op. cit. pág. 268

(19) Pérez, Op. cit. pág. 60

establecida desde aún antes de nacer. En ella hemos vivido y hecho nuestra ideología dominante, ya que para poder sobrevivir en una sociedad el individuo requiere de esta introspección de su cultura, la cual se lleva a cabo gracias a la socialización que no es otra cosa que un proceso de aprendizaje por el que la tradición cultural humana es pasada de generación en generación. (20)

La socialización es básica ya que permitirá a cada uno de nosotros poder sobrevivir en un ambiente social determinado al permitir al individuo la introspección de las normas y reglas que rigen en la sociedad a la que pertenecerá. La forma de organización social y la vida en grupo nos permite aprender de los otros al mismo tiempo que nos protege. Según Agnes Heller; la introspección de la cultura se da a través de la vida cotidiana de cada individuo, ya que si entendemos por vida cotidiana, al conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales a su vez crearán la posibilidad de la reproducción social, nos será fácil comprender el papel tan importante que desempeña ésta en la adaptación del individuo a su entorno social.

La cultura conforma y guía la forma de pensar, de actuar los valores, las creencias, aspiraciones y personalidad del individuo, siendo esta compartida por cada miembro de la sociedad entre sí. El individuo aprende su cultura a través de la socialización pero la hará suya gracias a la endoculturación la cual difiere para hombres y mujeres, ya que este proceso de enseñanza modela roles específicos y particulares por sexos. Es así, que nuestra sociedad la endoculturación ha permitido transmitir una cultura e ideología hegemónica, en donde los intereses masculinos son los que imperan y en donde se ha relegado a la mujer a un segundo término, desde el cual se contempla como un ser sin ideas ni personalidad propias, dando origen a lo que Marcela Lagarde, llama "un ser de otros y para otros", en el que el sexo femenino ha sido reducido a su sexualidad, y ésta, por considerarse natural, es desvalorizado. (21)

La mujer desde su nacimiento es asignada a funciones específicas, relacionadas con su condición y su género que la ubican en subordinación al sexo masculino. De tal manera que desde niña es educada con la idea de que nació para servir a otros, para hacerlos felices, para producirlos tanto biológica como culturalmente y su alineación es tal que se haya completamente convencida que ésto la hace feliz.

(20) Aguilar, Cillali, et. al. Textos y pretextos, Once estudios sobre la mujer. pag. 43

(21) Lagarde, Marcela. Cautiverios de las mujeres: madre, esposas, monjas, puta, presas y locas. pag. 52

Muchos de nosotros tal vez pasamos por alto esta situación, es tal el intercambio de ideas que nos sustenta que se ha perdido de vista esta situación. A nadie le parece extraño que la educación se diferencie por sexos desde la infancia, de esta manera a la niña se le educa para ser dócil, dependiente, sumisa, dedicada a las labores domésticas y con pocas o nulas expectativas de desarrollo personal fuera de ser madre; en cambio al varón se le forma desde pequeño a ser fuerte, responsable, independiente, se le reprime cualquier actividad o actitud de tipo femenino; bien conocemos las palabras dichas por nuestros padres a los hermanos en alguna ocasión: "esa no es tarea de niños" o bien " los hombres no lloran, deben ser valientes, machos" cualquier muestra de debilidad indica como señala Octavio Paz. (22) "rajarse, abrirse, perder la valentía".

Sin embargo para la mujer es diferente, ésta puede llorar pero jamás indicar el motivo, debe doblegarse ante el hombre, depender de él, sólo así entiende su papel en esta vida. Es necesario señalar que con lo anteriormente expuesto no deseamos expresar sentimientos feministas radicales, sino el poner a la vista circunstancias reales que desde antaño han mantenido a la mujer subyugada, dependiente a la sombra del llamado sexo fuerte. Al parecer esta situación responde a intereses ideológicos de la clase dominante, quien pretende mantener a la mujer como sujeto reproductor y productor de la fuerza de trabajo que a su vez sirve como medio para reproducir las relaciones de clase y de trabajo. En la medida en que el régimen capitalista ha requerido mayor cantidad de mano de obra, la mujer se ha ido incorporando al mundo público, siendo un ejemplo feciente de ello, la gran cantidad de costureras y obreras que existen en el país.

Estamos de acuerdo con Lagarde al señalar que a los individuos se les ha clasificado en hombres y mujeres de acuerdo a si tienen útero y vagina o pene y testículos.

El sexo implica, al parecer, una serie de atributos sociales, económicos, legales y políticos. (23)

Se supone que por ser mujer se deben tener percepciones, actitudes, sensaciones, capacidad intelectual, afectos, fuerza física, preferencias, usos y prácticas eróticas distintas de la otra mitad de los seres humanos. Asimismo, se incluyen en las cualidades sexuales, el trabajo, el espacio de vida, la moral y hasta el horario. (24)

(22) Paz, Octavio. El laberinto de la soledad. pag. 10

(23) Lagarde, Op.cit. pags. 84, 85

(24) Ibidem. pag. 110

Su trabajo no es valorado, al parecer sus actividades son inherentes a su sexo y no merecen reconocimiento alguno, su función básica ha sido considerada desde siempre la procreación, si en cualquiera de éstas llega a fallar considera menguada su feminidad, es por ello que no resulta incomprensible entender porqué la mujer se niega a aceptar cualquier tipo de programa que implique el control de su fertilidad.

El sexo femenino es entonces, un ente reproductor de los otros implicativo de fertilidad, afecto, servilismo y entrega, en donde todo es dar y aceptar. En donde su cuerpo se ha convertido en la principal fuente de felicidad para otros llevando a cabo funciones eróticas y gestacionales para satisfacer al cónyuge y funciones domésticas para satisfacer a la familia en general; las que además tienen por objetivo el reponer y mantener la energía de la fuerza de trabajo en su hogar:

Es a este respecto donde Octavio Paz señala: (25) Como casi todos los pueblos, los mexicanos consideran a la mujer como un instrumento, ya sea de los deseos del hombre o de los fines que le asignan la ley, la sociedad y la moral. Fines sobre los que jamás se le ha pedido su consentimiento y en cuya realización participa pasiva e inconscientemente. Paz, señala que ésta es depositaria de ciertos valores, ya sea prostituta, diosa, gran señora, amante, la mujer transmite o conserva pero no crea.

Pero como se le pide crear desde el primer momento se le cierran los caminos y alternativas para vivir, pensar y ser diferente, si nace, vive, se reproduce y muere en un mundo preformado a la imagen y semejanza del hombre. En donde los deseos de independencia, logro y actividad son mínimos. Una sociedad en la que el machismo permanece como algo tangible dominando cualquier esfera social, determinando los papeles del hombre y la mujer tanto en el supuesto ámbito privado como público. En donde la ideología ha alcanzado tal grado de hegemonía que satura la conciencia del individuo de manera tal que la visión del mundo se presenta como la única posible, es decir la dependencia hacia el hombre. (26)

1.4.1 LA MUJER CAMPESINA

Generalmente creemos conocer la situación de la mujer que vive en el campo; sin embargo, lo único que tenemos es una visión simplista de la misma, carente en primera instancia de realidad y en segunda de objetividad.

(25) Paz, Op. cit. pág. 25-30

(26) c. Levy, Claudine. Reflexiones en torno a la mujer, la familia y la educación, pág. 16

Desde los tiempos prehispánicos ha existido cierta división de actividades determinadas entre hombres y mujeres, más estas funciones no eran tan determinativas del sexo. Con la llegada de los españoles, la sucesión de la conquista, el mundo indígena se vió totalmente desequilibrado, escindido, las concepciones universales para ellos fueron cambiadas por otras ajenas a los mismos. Es así que valores y creencias se alteraron a tal grado, que los indígenas quedaron sumergidos en una inercia total, en donde su iniciativa, lucha fuerza, poder y creatividad se vieron cambiados por la pasividad, la resignación y la aceptación de una realidad impostergable.

Es curioso pero esta mentalidad aún se haya firmemente establecida en casi toda la población mexicana, aunque su observancia impera en las poblaciones rurales. Hablar de la situación que involucra a la mujer campesina es hablar sobre su vida en general desde su infancia hasta su muerte, creemos que es aquí donde mayor esclarecimiento se obtiene respecto a la vida de la mujer mexicana.

México es un país que actualmente lucha por integrarse al apresurado desarrollo y evolución que está sufriendo el mundo entero, no sólo en materia económica, política, social y de salud. Es así, que encontramos un amplio interés del Gobierno del país por desarrollar una economía más abierta donde se brinden mayores posibilidades de participación del sector público y privado, desarrollo de una mayor infraestructura de la nación y perfeccionamiento de la superestructura existente, así también, el incrementar la inversión extranjera, todo ello con el supuesto de lograr mejores condiciones laborales, familiares, de salud y desarrollo de la familia y del individuo. (27)

Así mismo, en el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 se señala que el desarrollo del país no puede llevarse a cabo en contra de lo que entraña nuestra cultura ya que se pugna por el desarrollo del país a la par del respeto absoluto de nuestras tradiciones y cultura. Consideramos que el desarrollo del país traerá aparejado mejoramiento de las condiciones de vida y de salud a la población mediante una mayor eficiencia en el aprovechamiento de los recursos existentes, implementos de las fuentes de trabajo, control de la migración y mayor desarrollo en las pequeñas ciudades, evitándose con ello la sobrepoblación en áreas metropolitanas y por consiguiente la marginación extrema. A nuestro parecer sólo de esta manera se podrá lograr una vida mejor para la población y por que no, pensar también en alcanzar la esperada igualdad de los sexos mediante un mayor acceso y participación de la mujer en el mercado del trabajo,

(27) Programa Nacional de Desarrollo, 1989-1994, pág. 46

según nuestro criterio para lograr esto se requerirá la transformación de las condiciones de existencia de la mujer en donde la división social y sexual del trabajo deberá cambiar ya que la mujer del campo tendrá que dejar su papel de reproductora de la especie y producto de bienes y servicios que le permiten mantener las condiciones familiares vigentes; para integrarse al desarrollo de la nación que exige su participación. Asimismo se tendrá que dejar atrás la ideología dominante sexista, que desde antaño ha acosado a la mujer llamada sumisa. Sin embargo se está conciente, de lo complicado que resulta ésto para poder consolidarse ya que son muchos los problemas preexistentes, teniéndose que la economía, el bajo desarrollo de la infraestructura y la deuda externa sostenida por el país dificultan el cambio. Todo ello nos lleva a una situación difícil en el área urbana, pero aún más complicada en el área rural, en donde la estructura heterogénea de la población, el desarrollo económico limitado, y ciertos patrones culturales eminentemente tradicionalistas han dificultado el desarrollo.

Teniendo que éstas son regiones en las cuales se maneja una economía supeditada al sector primario, brindando lo necesario para subsistir en donde predominan bajos niveles educativos, con tasas de fecundidad elevadas superiores a cuatro hijos por mujer. (28)

Resultado de deficiente educación sexual e inicio de vida sexual activa a edades tempranas; en donde la planificación familiar se ha encontrado con diversos obstáculos que impiden su adecuado desarrollo. como lo es el predominio de ideas machistas que han conducido a la subordinación de la mujer y a la presencia de problemas de salud para la madre y el infante.

Lugares en los que la infraestructura es mínima haciendo difícil el acceso a las comunidades; y por ende las acciones educativas e informativas sobre planificación familiar no se pueden implementar con la eficiencia que se desea. Todo ello nos da pauta para inferir la existencia de una población rural desnutrida, con riesgo alto a la morbi-mortalidad, con serios problemas de analfabetismo; con fuentes de trabajo insuficientes para la población económicamente activa; ante lo cual su actividad se ve limitada al sector primario, cabe mencionar a este respecto, que los cambios que actualmente se han operado en ella, economía internacional y nacional, dificultan el que la agricultura continúe como la única actividad de sostén para la familia rural, por lo que día a día se incrementa el número de hombres que integran el campo laboral y venden su fuerza de trabajo bajo condiciones en algunas ocasiones realmente adversas; que no es otra cosa que la explotación que el régimen capitalista ejerce sobre ellos.

(28) CONAPO. Programa Nacional de Población 1989-1994, pág. 21

Todo lo anteriormente señalado confabula, a nuestro parecer, para crear una situación precaria y paupérrima para la población rural.

Ante esto la situación en la que vive y se desarrolla la mujer quedaría por demás descrita, no obstante quisiéramos agregar que la campesina no sólo sufre los estragos de una situación económica difícil, sino que además se mantiene en completa subordinación al sexo masculino.

Marcela Lagarde señala la existencia de una triple opresión de la mujer campesina.

a) Es genérica porque se trata de mujeres que en un mundo patriarcal comparte esta opresión de todas las mujeres.

b) Es clasista porque las indígenas pertenecen en su mayoría a las clases explotadas y comparten la opresión de clase de todos los explotados.

c) Es étnica porque a ellas están sometidos los hombres, sus grupos por el sólo hecho de ser de las minorías étnicas. (20)

La mujer campesina produce y reproduce; Lagarde señala al respecto que reproduce a los otros, a los seres vivos a través de la procreación. Asimismo reproduce y transmite la cultura de generación en generación; patrones culturales que se reproducen incensatamente conduciendo con ello a la reproducción de una ideología enteramente patriarcal. (21)

En una sociedad clasista y sexista como lo es la nuestra, el machismo persiste como elemento inherente a la vida familiar; si en la ciudad el machismo prevalece visiblemente, la cúspide del mismo lo encontramos en zonas rurales; de acuerdo con Lourdes Alvarado, el machismo es una relación social que ha permitido marcar dicotomías simplistas entre hombres y mujeres, como son pensante-pasivo, reflexivo-indiferente, luchador-sufrida, proveedor-ama de casa, inteligente-sensible, virtud y cultura-natural. (22)

Al igual que en la ciudad el trabajo realizado por la mujer se considera sin valor; se conoce que la mujer además de laborar en los quehaceres propios del hogar participa en las actividades agrícolas. De Ibarrola, cita que el 11% de la población total femenina del país se desarrolla en el sector agrícola; más a nuestro parecer suponemos que éste dato estadístico es mayor ya que si consideramos el total de la población rural femenina podríamos inferir que esta cifra es superior, ya que todas las mujeres de la familia rural participan en todas las actividades agrícolas. (23)

(20) Lagarde, Op. cit. pag. 93

(21) Ibidem. pág. 356

(22) Alvarado, Lourdes. El siglo XIX ante el feminismo. pág. 123

(23) De Ibarrola, María. Sociología de la educación. pág. 145

El hablar de la sexualidad de la mujer campesina, implica a nuestro parecer grandes enigmas, si bien es cierto que conceptualizamos a la misma como el conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo y definidas por éste; la cual constituye a los particulares y obliga su adscripción a grupos socioculturales genéticos y a condiciones de vida predeterminadas. (33)

Al parecer la sexualidad define la forma de pensar, de sentir y la capacidad afectiva de cada sexo. A su vez la sexualidad permite que se asignen actividades económicas, políticas y sociales por sexo, asimismo al parecer éste crea la base sobre la cual se definirá el intelecto de cada individuo. Todo lo anterior nos lleva a reflexionar sobre la forma en que la mujer ha sido enciaustrada a causa de su sexualidad, ocasionando que se le considere como carente de intereses y capacidades intelectuales y creativas, rernitiéndosele a sus bien conocidas funciones de reproducción no sólo de la especie sino de la ideología hegemónica de la sociedad a la que pertenece. En el contexto rural estas concepciones son algo tan propio y aceptado que se considera natural e inherente a la mujer. Es a este respecto donde la hegemonía de la ideología, la cual ha sido reproducida por siglos, ha conseguido que la mujer no conciba una situación diferente a la que vive, ha dejado de ser un sujeto auténtico al perder su autonomía como sujeto social, pero no son las leyes las que la privan de su libertad, ya que éstas proclaman la igualdad para ambos sexos, sino aquellas instituciones creadas por la sociedad como son la familia, la educación, etc., las que en su seno reproducen una y otra vez las relaciones de subordinación de la mujer al hombre. La mujer carece de autenticidad por que ni siquiera se percata de que esa misma sexualidad a la que se le ha confiado, se haya fragmentada brindándole una semivisión de la realidad y sumiéndola aún más en la dependencia y subordinación. Esta fragmentación de su sexualidad se expresa a través de la importancia primordial que ocupa en cada mujer la procreación como experiencia vital básica e indispensable.

Por el contrario el erotismo es la parte de la sexualidad que cada uno posee, se haya negado, es un medio jamás un fin; lo necesario para ver cubierto un objetivo, nos avergüenza expresarlo no importando que la mujer sea de la ciudad o del campo; desde pequeña, a cada mujer mexicana se le enseña a reprimirlo, se le educa para dar placer en forma involuntaria, ya que el sexo y el erotismo son un tema prohibido en las familias; inconcientemente se prepara a la mujer para ser una buena esposa, no sólo en el hogar, sino en la intimidad con el objeto de poder satisfacer al

(33) Wilson, Schast, Anne. *La mujer en un mundo masculino*, pág. 24

esposo y poder tener hijos; la mujer debe esperar para conocer el erotismo y una prueba feaciente de ello la tenemos en la virginidad que cada una guarda hasta el casamiento.

Es el sello, la garantía para el varón del recato y pudor de la mujer es la prueba de que jamás ha sido "usada", es prueba de que se ha guardado sólo para él.

Marcela Lagarde expresa que el erotismo es un espacio reservado a un grupo menor de mujeres ubicadas en el lado negativo del cosmo, en el mal y son consideradas por su definición esencial erótica como malas, se trata de la puta. (34)

Se ha creado un verdadero tabú de cualquier aspecto en relación al erotismo. Hemos escuchado testimonios de mujeres campesinas que revelan mucho del sentir de ésta sobre su sexualidad; nos resulta interesante cómo un simple comentario revela toda una concepción sobre lo que piensa la mujer del erotismo; no es raro escucharlas decir al personal de salud que ha ganado su entera confianza frases como "Mi marido no me usó anoche". (35)

Todo ello nos conduce a pensar y a preguntarnos; realmente se podrá involucrar a la mujer en diferentes aspectos del desarrollo del país, si ésta continúa con concepciones que impiden su hacer en cualquier campo. A nuestro parecer será difícil ya que el sexo femenino se haya envuelto en una situación patriarcal anacrónica, en donde el ser y el hacer le son ajenos y sólo cuenta el pertenecer, el formar parte de algo o alguien, lo importante para la mujer campesina es ser buena, decente, virginal, eficiente para la producción de hijos y respetar, amar y ser fiel al marido, acatando sus decisiones aún las que la involucran por entero a ella. La mujer campesina acepta resignadamente su situación económica, algo que resulta paradójico es que la mujer no reciente ésto; es como si no le fuera ajeno repetir las mismas condiciones de miseria en las que vivió continuándolas con su familia.

Actualmente en México se observa cierta preocupación por la situación en la que vive la mujer y su importancia de que se integre al desarrollo de la nación. Es así, que en la obra "Perfiles del Programa de Gobierno 1988-1994", se propone diversas acciones para lograrlo entre estas acciones se encuentra:

(34) Lagarde, Op. cit. pág. 358

(35) Entrevista con una mujer candidata a usuaria de Planificación Familiar de la comunidad de Altajayucan 10/05/95

1.- Revalorar socialmente el papel de la mujer.

Señala la importancia de que la modernización del país se de en armonía con las tradiciones y valores esenciales que caracterizan al pueblo. Además de que se mantenga la integración familiar ya que la institución familiar es la fortaleza donde trasciende el papel de la mujer. (36)

A este respecto no objetamos que se debe mantener el orden en relación a la cultura; más no aceptamos el que se conserve por entero la estructura cultural existente, ya que el conservar la armonía cultural equivale a la repetición de una misma ideología. Algo que nos parece sumamente importante es el reconocimiento del trabajo en el hogar y con los hijos y que se compartan responsabilidades por igual con el hombre: puntos bastante importantes si se desea modificar una situación de raíz.

2.- Promover la igualdad entre el hombre y la mujer

Es aquí donde se busca promover ya no sólo normativamente sino legislativamente la igualdad de derechos entre el hombre y la mujer. Es necesario modificar las concepciones y conductas de todos incluyendo a la misma mujer. Algo que a nuestro parecer es excelente es la utilización de los medios masivos de comunicación que permitan la divulgación de valores, normas y conceptos donde verdaderamente se proclame la igualdad de derechos entre los sexos; y no se haga del mismo un tema superficial esporádico y sin importancia, el cual no trascienda, no concientice a la población.

3.- Dar iguales oportunidades educativas a los hombres y mujeres.

Actualmente el Estado pugna por la igualdad de oportunidades educativas, ya que reconoce que desde antaño han existido limitaciones hacia la mujer que han impedido su adecuada incorporación al sistema educativo; pese a que en las ciudades la mujer ha logrado mayores oportunidades de asistir a las escuelas lo que queda comprobado con el 39% que ocupan las mujeres en el nivel superior.

La imperancia de patrones culturales eminentemente masculinistas; han restringido su completo desarrollo, coadyuvando con ello a problemas tales como deserción o reprobación elevada entre otros. Sin embargo; lo anterior no es preponderante, existen minorías que están logrando resultados excelentes en el campo educativo, y más adelante quisieramos ahondar en ello. En el campo la situación es más desesperante debido a que el acceso a la educación se haya con más restricción para el sexo femenino, ya que la precaria situación económica, aunada a la cultura de la población condicionan un bajo nivel educativo.

(36) Instituto de estudios políticos, económicos y sociales. Op. cit. pág. 22

Es por ello que a nuestro parecer no puede existir mayor participación de la mujer en el campo educativo, mientras no sean corregidas situaciones de este tipo que son verdaderos obstáculos al avance.

1.4.2 LA MUJER EN LA FAMILIA

La familia se define como una agrupación de parentesco que crfa y educa a los niños nacidos en su seno y satisface otras necesidades humanas. (37)

Otra definición de familia la tiene como el ámbito social y cultural privado, como el espacio de pertenencia, definición de adscripción del sujeto, como institución del estado en la sociedad. La familia está formada por un conjunto de relaciones, instituciones, personajes y territorios. (38)

Hemos deseado partir de dos conceptos dados sobre la familia que se complementan entre sí y nos conceptualizan de manera exacta que es una familia; deseamos hacer dichos señalamientos ya que el tema que nos ocupa es el de definir la situación de la mujer en la familia. De acuerdo a los conceptos dados podemos expresar que la familia es una institución social que congrega personas emparentadas entre sí y la cual tiene funciones básicas como son la protección ya que en todas las sociedades ésta ofrece a sus miembros una protección económica, material y psicológica, además de permitir la identificación y moldeamiento de personalidad de los hijos y ser la primera institución socializadora de los mismos.

Es así que en nuestra sociedad, la mujer en la familia desempeña un papel perfectamente definido que por siglos se le ha impuesto y que es difícil que pierda éste; como Lagarde señala es el de madre esposa, cada una de las mujeres se encuentran inmersas en relaciones familiares tan atiborrantes histórica y culturalmente que resulta complicado el pensar en que se lleguen a librar de estas concepciones. Marcela Lagarde cita en su obra que toda mujer por el simple hecho de serlo es madre y esposa y esto a nuestro parecer es cierto, cada uno de los miembros femeninos vive, piensa y siente en su condición de madre y esposa. A todas se les prepara desde pequeñas a pensar que la procreación es lo esencial, lo máximo en relación a su sexo, se les hace vivir con el deseo ferviente de tener una pareja para sentirse realizadas y completas; todo ello las lleva a vivir bajo normas y reglas de otros. (39)

(37) Broderick, Carlred. Hombre y Mujer. pág. 154

(38) Lagarde, Op. cit. pág. 352

(39) Ibidem. pág. 353

La mujer mexicana es considerada y se considera como un objeto de placer, su función es satisfacer al otro, su erotismo es negado, oculto, es pecado inclusive el sólo pensamiento del mismo, y que decir de su expresión; a la mujer decente no se le permite sentir mucho menos expresarlo, ella cumple con proporcionarlo, pero para ella no deja de ser algo secundario requerido para poder ver lograda su intención básica, la procreación.

Es por ello que no dejamos de cuestionarnos; como es posible que la mujer desee aceptar cualquier programa sobre planificación familiar si se haya con un alto grado de desconocimiento sobre su propia sexualidad, si tiene de ésta sólo fragmentos; que le indica que la procreación es lo principal y el erotismo es sólo secundario. Realmente es difícil que la mayoría de las mujeres teniendo como precedente niveles educacionales bajos y situaciones económicas difíciles, acepten la planificación familiar como una solución a su problema. Algo muy importante es lo que Lagarde señala sobre la situación de clase de las mujeres; cita que ésta determina en gran medida el contenido específico de su maternidad, menciona que millones de mujeres en México viven la maternidad de la miseria siendo el ámbito del dolor y de la muerte, que aún son irremediables para centenares de miles de mujeres. (40)

1.4.3 LA MUJER Y LA EDUCACION

Artículo 3o. La educación que imparte el Estado-Federación, Estados, Municipios tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él, a la vez el amor a la patria y la conciencia de la solidaridad internacional en la independencia y en la justicia:

1.- Garantizada por el artículo 24 la libertad de creencias, el criterio que orientará a dicha educación se mantendrá por completo ajeno a cualquier doctrina religiosa y basado en los resultados del progreso científico, luchará contra la ignorancia y sus efectos, las servidumbres, los fanatismos y los prejuicios. Además:

a) Será democrático, considerando a la democracia no solamente como una estructura jurídica y un régimen político, sino como un sistema de vida fundado en el constante mejoramiento económico, social y cultural del pueblo.

b) Sera nacional, en cuanto- sin hostilidades ni exclusivismos atenderá a la comprensión de nuestros problemas, al aprovechamiento de nuestros recursos, a la defensa de nuestra independencia económica y a la continuidad y acrecentamiento de nuestra cultura.

(40) Lagarde, Op. cit. pág. 361

c) Contribuirá a la mejor convivencia humana, tanto por los elementos que aporte a fin de robustecer en el adecuado, junto con el aprecio para la dignidad de la persona y la integridad de la familia, la convicción del interés general de la sociedad, cuanto por el cuidado que ponga en sustentar los ideales de fraternidad e igualdad de derechos de todos los hombres, evitando los privilegios de razas, de sectas, de grupos, de sexos o de individuos. (41)

El presente artículo sustenta las bases legales para que se lleve a cabo el acceso a la educación por igual entre hombres y mujeres; actualmente se conoce que cada uno de tres mexicanos ingresa al sistema educativo; teniéndose una proporción de dos hombres por una mujer (42)

Asimismo, se conoce respecto al nivel educativo que en la ciudad se tienen los más jóvenes tienen un promedio de 9 años de estudio, por otra parte son minoría los que superan este nivel aspirando a estudios de bachillerato, licenciatura, maestría y doctorado; entre la población adulta madura de medio socio-económico medio y bajo se conoce que prevalecen grados de escolaridad de cuatro a seis años, y en algunas ocasiones ni siquiera ésto. Todo lo anterior nos habla de la grave problemática que en materia educativa vive el país.

El analfabetismo es un problema persistente en la nación que atañe y obstaculiza de manera directa aspectos de tipo económico, político, social y de salud. Es así, que el Estado busca que cada uno de los mexicanos se integre al sistema educativo en las mejores condiciones y cuanto antes sea posible, para lograrlo se pretende la modernización del mismo, así como su mayor viabilidad y confiabilidad. El Estado ambiciona con la educación de cada uno de los mexicanos, el concientizarlos de su identidad nacional, el hacerlo capaz de compartir solidariamente los afanes de paz y progreso de toda la humanidad. Se busca crear ciudadanos activos y preparados para incorporarse a una sociedad plural. (43)

Más si definimos a la educación como terreno de lucha y superación. Se podrá comprender que el proceso educativo no es neutro ni funcional, si no conflictivo, responde a diversos intereses de clase e influye en la división social y sexual del trabajo. Además de ser un poder ideológico que permite el control social y la dominación consensual; es también un terreno donde se expresan los antagonismos estructurales. (44)

(41) Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos. pág. 11-12

(42) De Ibarrola, Op. cit. pág. 144

(43) Instituto de Estudios Políticos y Sociales. Perfiles de programa de Gobierno. 1988- 1994. pág. 98

(44) C. Levy, Op.cit. pág. 21

Ante ello quisiéramos señalar que el sistema educativo responde en todas las sociedades, a intereses de la clase dominante, así como permite la producción y reproducción de las condiciones de existencia; en el caso del tema que nos ocupa su objetivo consiste en la subordinación de la mujer a los intereses del sexo masculino, aunque es cierto, que la educación le permite a la mujer acceder a otras esferas cognoscitivas e interpretativas; que a un futuro largo o corto darán la pauta para que ésta se integre; ya no digamos, al igual que el sexo masculino a la sociedad, porque consideramos; que la mujer debe buscar y encontrar un sitio propio en esta sociedad, que le permitan intervenir directamente en aspectos sociales, económicos, laborales, políticos, culturales, etc. y es por ello, que apoyamos fuertemente el señalamiento hecho por el Estado en torno a la relevancia de la educación.

Según cita Patricia Galeana en su artículo: "Por el fin de la cultura antifeminista" la educación es el medio fundamental para lograr el desarrollo del ser humano. (45)

Es por ello preocupante que prevalezca el analfabetismo dificultando como ya se ha señalado el desarrollo en diversos ámbitos pero ante esto también, hay que señalar que la difícil situación económica por la que atraviesa el país, dificulta la mayor disposición de recursos a la educación y si esto ocurre a nivel macrosómico, que podremos considerar a nivel familiar en donde los recursos económicos apenas necesarios para satisfacer las necesidades prioritarias de la familia dificulta el que se puedan destinar grandes cantidades de dinero a la educación de los hijos; es así que a nivel urbano se encuentra que generalmente cuando la mujer termina la secundaria frecuentemente se le estimula a que estudie carreras cortas debido a que se piensa que el gasto en una educación profesional resulta excesivo, considerando que ésta acabará por casarse. En cambio, la situación para el hombre es diferente, ya que éste requiere mayor preparación porque a futuro tendrá que hacerse cargo de una familia. Sin embargo, se requiere aclarar que al menos durante la etapa primaria y secundaria existe igualdad de condiciones respecto a ambos sexos.

En relación a aquellas mujeres que optan por estudiar una profesión podemos señalar que su nivel socio-económico condiciona el nivel educativo que poseen; sin embargo; aunque día a día crece la matrícula de mujeres que ingresan a la universidad podemos señalar que la gran mayoría de éstas opta por carreras de tipo humanístico o social y aquí coincidimos con C. Levy, cuando señala que la educación se presenta como una puerta de salida a la opresión a la que está sujeta la mujer;

(45) De Ibarrola; Op. cit. pág. 144

sin embargo las carreras por las que se inclinan, condicionan a que el mercado de trabajo femenino se presente como una extensión de las tareas hogareñas las cuales son oficios "femeninos", menos remunerados. Este hecho, tal vez ha sido un factor determinante, de que la mujer no haya podido integrarse del todo al mundo público, debido a que se requiere su mayor participación en profesiones que se relacionen directamente con el desarrollo que el país exige en el ámbito económico, tecnológico, político y social.

En el campo, la situación es diferente, ya la diversidad cultural e ideológica así como la heterogeneidad de las poblaciones condicionan el grado de aceptación al sistema educativo; pudiésemos señalar que lo importante a nivel rural; es que los estudios de la mujer no se extienden más allá del nivel obligatorio; lo cual además de implicar posturas de índole económico involucra aspectos de poder ideológico; debido a que como cita C. Levy -Las unidades familiares reaccionan de diversas maneras ante la escolaridad jurídicamente obligatoria-. Para unas la educación formal de los niños no es la prioridad esencial y cuentan con otros mecanismos de educación comunitaria o informal de más fácil acceso, para otras es todo lo contrario. Al parecer esto representa una falta de poder hegemónico dentro de los proyectos del Estado. (46)

Ya que persisten los niveles de escolaridad bajos; lo cual deriva en una serie de problemas en el ámbito económico, político, social y familiar por ende en el ámbito salud; entre ellos, altas tasas de fecundidad y altas tasas de morbo-mortalidad materno infantil. Al contrario que en la ciudad, a nivel rural las posibilidades para acceder de un sistema educativo básico al superior, son remotas o inclusive para terminar el nivel obligatorio; aunque debe señalarse que cuando existen las posibilidades se da preferencia al varón.

Teniendo en cuenta que la investigación que nos ocupa implica conocer los factores que condicionan la limitada aceptación de la planificación familiar por la mujer; podemos señalar que la falta de una educación completa y sistemática, así como la persistencia de los altos niveles de analfabetismo y grados escolares exiguos; son elementos que dificultan el cambio de concepción de la mujer hacia la procreación. Más algo que no deseamos dejar pasar por alto es el citar que no es la educación actual de características eminentemente tradicionalistas y con una estructura de características masculinistas, quienes permitirán marcar el cambio, sino que se requiere de la participación de la mujer en una educación más real donde no imperen prejuicios ni concepciones culturales estereotipadas, sino todo lo contrario en donde la norma sea la modernidad y el avance,

(46) C. Levy Op. cit. pág. 8

en donde se dejen atrás patrones culturales y conductas carentes de objetividad, es así, que sólo de esta manera la mujer logrará concientizarse que su papel en esta vida va mucho más allá de tener un esposo e hijos a quienes cuidar y atender; ya que ella posee la capacidad para desarrollarse en cualquier campo que lo desee.

Sin embargo, es importante el mencionar que en el aspecto educativo, a nivel urbano el panorama no es tan obscuro para la mujer, se sabe que en los últimos años el porcentaje de la población femenina en las universidades se ha incrementado y según datos proporcionados por la Agenda Estadística 1987 de la Universidad Nacional Autónoma de México; en el ámbito de la enseñanza media superior el 40.05% de la población total está constituida por mujeres; ésto contrasta con el 23.14% hace dos décadas.

En el nivel de la licenciatura en la UNAM se ha duplicado la matrícula femenina en los últimos veinte años, hasta alcanzar el 41.56%. En posgrado el 39.5% de estudiantes de especialización son mujeres y en maestría y doctorado las cifras se elevan a el 40%. (47)

Más a pesar de éstos datos estadísticos, es bien sabido que ésta situación no priva en todo el país, la mujer no sólo no puede continuar en muchas ocasiones con sus estudios sino que tiene que trabajar desde edades tempranas.

A nivel rural la situación es aún más preocupante, hay estados con promedio de escolaridad mayor de 8 años, aunque la gran mayoría no alcanza los cuatro años; más de 15,000 localidades rurales han perdido el servicio educativo que tenían, existe todavía una mínima oferta de educación secundaria para los jóvenes de las pequeñas comunidades, la formación de maestros se inclina más al saber para la ciudad que para el campo, la educación tecnológica es en general poco flexible y está más bien desligada del aparato reproductivo. (48)

A este respecto quisiéramos agregar que a pesar de los múltiples recursos educativos que se brindan en el área rural, son muchas las deficiencias que imperan y que condicionan un bajo aprovechamiento de los alumnos, ya que hasta hace poco existía la tendencia general a lograr que los niños aprendieran en la escuela a leer, escribir, y a realizar algunas operaciones matemáticas prácticas; más esta situación ya no es sostenible debido a que se requiere de hacer más amplios los horizontes de cada individuo ya que además de lograr su superación intelectual, así como el desarrollar sus capacidades psicomotrices; se desea que al individuo se le concientice y se le haga partícipe en la solución de diversos problemas sociales tales como las altas tasas de natalidad y mortalidad materno infan-

(47) Cfr. Agenda Estadística de la UNAM, 1990 pág. 48

(48) Instituto de estudios políticos, económicos y sociales , OP, cit. pág. 89-103

til; es preciso crear y formar gente responsable de su hacer sin embargo; estamos conscientes que mientras no se brinden condiciones económicas y sociales favorables, poco éxito se logrará en cualquier aspecto.

Ya es tiempo de que el sexo femenino se libre de modelos culturales atrasados que lo ponen como el paradigma ideal de la mujer abnegada; México requiere que participe protagónicamente en su actividad pública y política y sólo podrá lograrse con su mayor acceso a la educación.

Algo que quisiéramos tratar en detalle ya que nos parece sumamente importante es un planteamiento que realiza Patricia Galeana, sobre las diversas formas de opresión específica de la mujer en las diferentes clases sociales; ella menciona que las reformas jurídicas no son suficientes ni basta el reconocimiento de derechos políticos, ni el haberse integrado a la vida productiva, se requiere un cambio en la estructura psicológica y cultural de la sociedad y particularmente la familia para que la mujer puede realmente administrar su poder y colaborar eficientemente en el desarrollo de su comunidad. (49)

Esto es sumamente importante, debido a que la opresión de la mujer no se da en el ámbito jurídico-público debido a que existe igualdad de derechos y obligaciones para el hombre y la mujer sino por el contrario, se da en el ámbito familiar, en el ámbito ideológico que imposibilita a la mujer concientizarse de su opresión y actuar en contra de ella.

Consideramos pertinente señalar lo que sugiere Galeana a este respecto; la estructuración de un programa educativo que a través de la utilización de medio masivos de comunicación permita el cambio de ideas preformadas sobre la diferencia de sexos que rompa con el estereotipo asignado a la mujer.

Galeana propone acciones esenciales a nuestro parecer tales como:

1.- Educación en el ámbito familiar. Con el objeto que se eliminen los supuestos roles entre hombre y mujer, y se le adjudique a estas actividades domésticas por igual que con el varón y la participación por igual en el aspecto educativo y en las oportunidades en éstas áreas.

2.- Educación en el ámbito escolar. Incluir en los libros de ciencias sociales de primaria y secundaria los derechos de la mujer; que permitan conocer a ésta sus derechos a edades tempranas; y agregaríamos a ésto, que se elabore un programa específico de educación sexual y educación familiar; que se le de a conocer a los jóvenes y que permita evitar con ello problemas tales como el embarazo no deseado.

(49) De Ibarrola, Op. cit. pág. 148

Ya es tiempo de que la mujer rompa de una vez y para siempre con patrones culturales que la margina y que a nivel familiar se responsabilice con el varón en el cuidado y educación de los hijos así como en las tareas domésticas. Así mismo, para competir activamente y con igualdad de oportunidades con el hombre en la vida productiva se requiere no sólo una preparación exhaustiva por parte de ésta; sino que los trabajos se oblangan por concursos de méritos y no se asignen por sexo.

Estamos frente a un proceso irrefrenable en el que debemos encontrar los mecanismos para acelerar los cambios y superar los obstáculos que se presenten.

3.- Combatir enérgicamente las conductas antisociales que afecten la integridad de la mujer. A este respecto el Estado busca la erradicación de problemas sociales tales como la drogadicción, alcoholismo, farmacodependencia, violación, maltrato a menores, desintegración familiar, paternidad irresponsable; que de una u otra forma afectan significativamente a la mujer.

4.- Apoyar a la planificación familiar. El Gobierno reconoce actualmente a la planificación familiar como la alternativa más viable para lograr cambios significativos a la problemática económica, social y de salud que vive en el país, además de permitir la existencia de una población acorde no sólo a los requerimientos sino a los satisfactores existentes en el país, y con ello a su vez favorecerá el desarrollo personal de la mujer.

5.- Garantizar el ejercicio laboral de la mujer. La igualdad de derechos laborales entre los sexos, es una premisa básica, sustentada en la educada capacidad intelectual y pragmática de la mujer; además del espíritu competitivo en la mujer que a fin de cuentas posee la misma capacidad que el varón. Así mismo, se busca el que se respeten sus derechos que hasta el momento en muchos sitios son pasados por alto conllevando a la subutilización y a la explotación del sexo femenino. (50)

En el documento se señala que el estado buscará nuevas fórmulas que permitan volver reales los derechos reconocidos por el marco jurídico. Procurando auspiciar el establecimiento de jornadas de trabajo con horarios adecuados que contribuyen a su desarrollo social, económico y cultural, que puede capacitarse para ocupar mejores posiciones de su trabajo, que perciba salarios igual por trabajo igual. (51)

(50) Instituto de estudios políticos, económicos y sociales. Op. cit. pág. 25

(51) Ibidem. pag. 25

6.- Dar mayor oportunidad de empleo. El Ingreso al campo laboral bajo condiciones óptimas de capacitación permitirán a la mujer no solo el ingresar al área laboral; sino competir con el varón ya que existen condiciones tanto tecnológicas como industriales para lograrlo. Además se señala la necesidad de brindar oportunidades para que la mujer cumpla con sus actividades personales y familiares, sin ser un limitante en un trabajo.

7.- Atender especialmente a las mujeres del campo. En relación a este tema el Estado propone la revaloración de la mujer campesina en la familia y en la comunidad y nuevas formas de participación de éstas en las actividades agrestes. Sólo nos queda agregar que para poder lograr lo anterior se deberán romper con esquemas culturales y psicológicos que hasta el momento subsisten y que hacen imposible cambios en cualquier aspecto.

Abrir mayor espacio para la participación política de la mujer, la importancia de que la mujer se involucre verdaderamente en el ámbito político nacional es primordial, no sólo por el hecho de que es un derecho y una obligación a la vez, sino porque históricamente ha luchado por ello ganándose un sitio básico ya que posee la capacidad intelectual para intervenir con habilidad en la política nacional. En la actualidad su intervención es apreciada, sin embargo; la mujer y la sociedad en que se desenvuelve no ha logrado desprenderse de conductas e ideas profundamente establecidas de tal forma que la mujer aún cuando ocupe puestos políticos importantes no se ha logrado desarrollar tal y como debe de ser; ha caído en demagogias que le impiden tomar decisiones correctas.

Es importante la valoración de la mujer por la misma mujer y por los demás ya es tiempo de que intervengan directamente en la política del país y no sea simplemente un reflejo de la idiosincrasia masculina.

Quando señalamos que debe intervenir directamente, hacemos referencia que aunque ésta ha participado activamente en movimientos políticos y sociales y hasta ha sido importante, mayoritaria en algunas ocasiones y exclusiva en otras; su participación no deja de centrarse en los roles asignados desde como lo son mujeres cuya participación se basa en la demanda de servicios básicos, aquellas que hacen demandas en pos de los hijos, o bien en movimientos laborales o feministas.

Estos últimos le han permitido un mayor desarrollo como sujeto particular, sin embargo; aún no han llegado a concentrarse del todo.

1.5 PLANIFICACION FAMILIAR Y SALUD REPRODUCTIVA

La planificación familiar tiene varias consecuencias posibles que interesan a la salud, tanto de orden individual como familiar y en especial a la salud materno-infantil, además de constituir uno de los aspectos que de manera muy directa contribuye a la salud reproductiva.

1.5.1 CONCEPTO DE PLANIFICACION FAMILIAR

Existen varias definiciones acerca de la planificación familiar

La Constitución Política Mexicana, dice que "toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamento de sus hijos". (52)

Un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud a firma que "La Planificación Familiar se funda en prácticas que ayudan a alcanzar determinados objetivos: evitar nacimientos no deseados, favorecer los deseados, regular los intervalos entre embarazos, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y determinar el número de hijos que constituirán la familia". (53)

La planificación familiar frecuentemente es mal entendida al confundirla con técnicas de control de natalidad, lo cual es una interpretación por demás limitada, ya que su ámbito es mucho más amplio.

Para poner en claro la importancia de la planificación familiar, debemos reflexionar en que ésta se relaciona con la planeación del bienestar familiar, en la que, además de considerarse de modo muy particular los aspectos más íntimos y trascendentes del ser humano, como son la transmisión de la vida misma y la sexualidad o manera de vivir como hombre y como mujer dentro de un contexto biopsicosocial, también se toman en cuenta los satisfactores económicos, aspectos sociales, relación entre padres e hijos y las aspiraciones personales de la pareja que inicia o conduce una familia.

1.5.2 OBJETIVOS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

El programa de planificación familiar tiene como base los siguientes objetivos:

- Coadyuvar al mejoramiento de la salud de la población materna e infantil.

(52) Artículo 4o. Constitucional, Diario Oficial 31-XII-84

(53) Organización Mundial de la Salud. Evolución de las actividades de planificación familiar, en los servicios de salud. Informe de un comité de expertos de la O.M.S.S.

- Contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad con pleno respeto a la decisión y dignidad de las parejas.
- Ayudar a reducir la frecuencia de los embarazos no deseados, previniendo así los problemas sociales asociados, como es la incidencia del aborto.

1.5.3 CONCEPTO DE SALUD REPRODUCTIVA

La salud reproductiva, pretende retomar los objetivos formales de planificación familiar acoplados a un concepto más amplio e integral, donde se consideran con mayor pertinencia todos los espacios, como son el de salud, el educativo, el cultural, el ideológico, etc., en los cuales la planificación familiar pueda tener repercusiones efectivas que favorezcan una vida sexual sana, con acciones responsables y el mínimo de riesgos, así como la procreación de hijos en las mejores condiciones de salud.

"La salud reproductiva es el proceso donde se dan las condiciones óptimas para la sexualidad y la reproducción de los individuos, que permite un estado libre de enfermedad, incapacidad o peligro de muerte por causas imputables a la reproducción o a la sexualidad, para concebir en el momento que se desee, evitar los embarazos no deseados y llevar a término los deseados..." (54)

Este concepto maneja un carácter integral, justamente como una insistencia por evitar el tratamiento parcial de los diferentes fenómenos o situaciones de salud, debido a la tendencia por atender, de manera muy circunscrita, el aspecto específico que guarda relación con la disciplina del personal tratante, con lo que se limita la posibilidad de conocer las diversas condicionantes, y se reduce en consecuencia la efectividad de las acciones o tratamiento.

1.6 ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO Y FEMENINO

1.6.1 APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

Organos del Aparato Reproductor Femenino
Organos Externos

Los genitales externos de la mujer se conocen globalmente como: vulva o región pudenda, están constituidas por las siguientes estructuras:

(54) Urbina. Fuentes M Benel. Jimenez C; Echarrí Canovas c. Planificación familiar y salud reproductiva: Un enfoque integral. 1989

Monte púbico o de Venus
Labios mayores
Labios menores
Clitoris
Meato urinario: glándulas parauretrales (Skene) y glándulas
vulvovaginales o de Bartholin
Vestíbulo vaginal
Himen
Horquilla
Periné (55)

MONTE PUBICO O DE VENUS

Es una saliente redondeado que se halla por delante de la sínfisis del pubis con un espesor que varía de 2 a 8 cm, según la constitución de la mujer

Está constituido por un vestimiento cutáneo que cubre tejido celuloadiposo donde se encuentra trabéculas elásticas que se fijan a la línea blanca y a las aponeurosis adyacentes. (56)

El tipo de vello depende en parte de la pigmentación de la mujer Varía desde el grueso, ondulado y abundante, al sedoso, escaso fino del tipo de lanugo; el primero se observa entre las mujeres de raza negra y el segundo entre las mujeres orientales.

La función del monte de venus es triple. Ayuda a proteger los huesos pélvicos especialmente durante el coito, contribuye a los contornos rodeados del cuerpo femenino por último, aunque no tiene una función real en la reproducción parece ser importante desde el punto de vista sexual. (57)

LABIOS MAYORES

Son dos repliegues cutáneos alargados, simétricos de 7 a 8 cm. de longitud por 2 a 3 cm. de ancho y de un espesor variable en relación con la adiposidad de la mujer, por sus extremidades anteriores se unen formando la comisura anterior que se continúa con el monte de venus y por las posteriores poco pronunciadas, la comisura posterior y horquilla. Cada uno de ellos presenta dos caras: Externa e interna, la primera se halla separada del muslo correspondiente por el surco genito-crural mientras que la segunda se relaciona en parte con el labio menor, homólogo y cuando la vulva está cerrada también comparte con la cara interna del labio mayor opuesto, ambos labios mayor o menor, están separados por el surco interlabial.

(55) Olds, sally. B. Enlermeria Materno-Infantil, pág. 80

(56) Quiroz, Fernando, Tratado de Anatomía. Tomo III pág. 32

(57) Olds. Op.cit. pág. 81

El revestimiento cutáneo de su cara externa presenta cantidades variables de pigmento melánico que dan una coloración más acentuada a la piel de esa zona. Son abundantes los folículos pilosos así como las glándulas sebáceas y sudoríparas; estas últimas comprenden además de las de tipo holocrino habitual; glándulas de tipo apocrino que producen su secreción por decapitación del polo apical de las células estas son características de los labios mayores y de la piel de la región perianal y axilar después de la adolescencia por lo que algunos autores las consideran como verdaderas glándulas sexuales accesorias. La cara interna es lisa húmeda de color rosado en su mitad superior en cambio la mitad inferior es muy semejante a la cara externa; pero con pilosidad mayor.

La función principal del surco vulvar tiene una función erótica potencial. (5)

LABIOS MENORES

Labios menores o ningas son pliegues suaves de piel situados entre los labios mayores que convengan tanto hacia abajo como hacia atrás, son homólogos de la uretra penil no fusionada del varón. Hacia su extremidad superior, cada labio menor se divide en dos laminillas. Las dos superiores se fusionan para formar el frenillo del clitoris por detrás de ellos se unen para formar la horquilla pliegue de piel que está por debajo del orificio vaginal. Cada labio menor tiene el aspecto de una mucosa resplandeciente húmeda y desprovista de folículos pilosos; además contiene gran cantidad de glándulas sebáceas. El tejido de ellos es eréctil y contiene tejido conectivo laxo, vasos sanguíneos numerosos, espacios venosos de gran tamaño, tejido muscular involuntario.

Las funciones de los labios menores consisten en lubricar e impermeabilizar la piel vulvar, brindar secreciones bactericidas e intensificar la excitación del placer sexual.

CLITORIS

Se localiza en la unión anterior de los labios menores que constituye el prepucio por delante y el frenillo por detrás, consiste en glándula, cuerpo y pilares, el glándula está cubierto en parte por el prepucio. En el extremo distal se manifiesta como abertura y orificio. Es visible entre los pliegues de los labios menores y tiene de 5 a 6 mm. de longitud y 6 a 6 mm. de diámetro su tejido es esencialmente eréctil, tiene riesgo sanguíneo e inervación riquísima.

Existe primordialmente para el disfrute sexual femenino, además produce esmegma. (5)

(5) Gorí, Roberto. Ginecología. pág. 15

(5a) Olds. Op.cit. pág. 82

MEATO URINARIO

Es un orificio de forma variable, redondeado, estrellado, o en forma de hendidura, situado en la línea media a 2 cm. detrás del clítoris, se observa a veces haciendo una ligera prominencia y otras en hundimiento.

GLANDULAS PARAURETRALES (Skene)

Son dos se localizan una a cada lado de la parte posterolateral de meato uretral, produce moco que lubrica el vestíbulo, son homólogas de la próstata.

GLANDULAS VULVOVAGINALES O BARTHOLIN

Son dos se ubican en los labios menores y en la pared vaginal y desembocan en el introito, con su mucosidad lubrican la vulva y la parte externa de la vagina. (60)

VESTIBULO VAGINAL

Es una pequeña superficie triangular ligeramente deprimida en sentido transversal, limitada a sus lados por los labios menores y en su base por el orificio uretral y el borde anterior del introito, mientras que el vértice está ocupado por el clítoris.

HIMEN

Membrana transversa, el orificio himenial es de dimensiones variables lo que condiciona sus tipos y sus anomalías, es en collar, anular, semilunar, labiado, cribiforme, hasta el caso de imperforación. Se localiza entre la unión del orificio vaginal con el vestíbulo. (61)

HORQUILLA

Lugar donde se unen los labios mayores con los menores en su parte posterior.

PERINE

Región comprendida entre la horquilla y ano, constituido por músculos transversos del periné y bulbo cavernoso, se puede ver afectado por el trauma que condiciona el parto.

(60) Mondragón, Hector. Obstetricia básica ilustrada, pág. 14

(61) Gorí, Op. cit. pág. 14

ORGANOS INTERNOS

Los órganos genitales internos son los siguientes:

Vagina
Utero
Cérvix
Istmo
Cuerpo
Trompas de Falopio
Intersticial
Istmica
Ampular
Pabellón
Ovarios

VAGINA

Conducto virtual, musculomembranoso se extiende de la vulva hasta el útero, se relaciona con la vejiga por su cara anterior y con el recto por su cara posterior.

Sus funciones y Dirección:

Conducto excretor del útero (menstruación, secreciones)

Organo de la cópula

Conducto del parto

Su dirección es curva de fuera hacia adentro y de abajo hacia arriba. Mide de 8 a 10 cm. de longitud es muy distensible y, tiene arrugas transversales; se inserta en el útero formando los fondos del saco (anterior, posterior, laterales) formada por epitelio pavimentoso, capa muscular y tejido conectivo, se sostiene en su sitio mediante los ligamentos cardinales o de Mackerodt y el músculo elevador del ano. (62)

UTERO

El útero o matriz, es un órgano hueco destinado a contener el huevo fecundado durante su evolución y a expulsarlo cuando este ha alcanzado su desarrollo completo. Está situado en la parte media vagina y por debajo de las asas intestinales, tiene la forma de cono truncado y aplanado de adelante hacia atrás, de base superior y de vértice inferior. Presenta en la unión de su tercio inferior con sus dos tercios superiores un estrechamiento circular llamado istmo, que lo divide en una parte superior o cuerpo y una parte inferior o cuello. (63)

(62) Mondragón, Op. cit. pág. 15

(63) Quiroz, Op.cit. pág. 316

Mide de 7 a 8 cm. de longitud y 5 a 6 de ancho, está formado por tres capas: externa, media e interna.

Externa serosa o perineo: cubre todo el cuerpo excepto la parte anteroinferior o sea la que se relaciona con la vejiga. Esta capa origina una serie de refuerzos que da lugar a los elementos de fijación del útero que son:

I ligamento redondo, II ligamento uterosacro, III ligamento cardinal o Mackerodt, IV ligamento uteroovarico, V ligamento pubovesicouterino, VI ligamento uteroovarico.

Media, muscular o miometrio: Es la más gruesa y resistente está formada por fibras musculares lisas entrelazadas y mezcladas con tejido elástico constituido por fibras circulares longitudinales y arciformes.

Interna o endometrio: Capa que reviste la cavidad uterina que sufre cambios cíclicos por efecto hormonal y que al desprenderse da lugar a la menstruación. Formado por epitelio columnar que contiene gran cantidad de glándulas y vasos sanguíneos. De acuerdo con sus elementos de sostén, el útero tiene cierta movilidad y puede estar en anteversión, situación intermedia o retroversión.

CERVIX

Tiene forma cilíndrica, su longitud es de 3 cm. posee un orificio interno, otro externo y un cervical. La inserción vaginal lo divide en dos porciones intravaginal y supravaginal.

Las funciones del útero o matriz: ayuda a lograr 3 funciones vitales de la supervivencia humana:

- 1) Menstruación
- 2) Gestación
- 3) Parto

TROMPA DE FALOPIO

Son dos conductos de 10 a 12 cm. de longitud por 1 a 2 cm. de diámetro externo, son prolongaciones de cuerpos uterinos que se dirigen lateralmente hacia afuera y delante. Tiene movimientos peristálticos, un conducto de 1 a 2 mm., que es continuación de la cavidad uterina; termina en la cavidad peritoneal cerca del ovario.

Están constituidas por 3 capas: capa externa, serosa o peritoneal, que permite el deslizamiento sobre órganos vecinos.

Capa media muscular: con fibras circulares y longitudinales. Capa interna o endosápinx: constituida por epitelio revestido por ciliares, favorecen la progresión del espermatozoide y del huevo fecundado.

Así mismo, este órgano tiene 3 partes anatómicas que son:

Intersticial o intramural: Parte más proximal al útero que hace contacto con la cavidad uterina mediante un pequeño orificio (Ostium uterino).

Istmica: parte interna de grosor constante que mide 3 a 4 cm. de longitud, es cilíndrica y rectilínea, dura al tacto.

Ampular: es la porción más extensa y amplia, de paredes más delgadas y de menor consistencia; de trayecto ondulado su longitud alcanza 7 u 8 cm. de diámetro en el extremo distal es de 8 mm. o más.

PABELLON

Se presenta como pequeño embudo, cuyo vértice está representado por un orificio de 2 a 3 mm. de diámetro (Ostium abdominal), que lo comunica con la cavidad de la ampula tubárica. Actúa como conducto del óvulo, aunque en realidad no están conectadas con los ovarios, aquí ocurre la fecundación. (64)

OVARIOS

Son dos estructuras glandulares en forma de almendra que se encuentran en la superficie del ligamento ancho por debajo del reborde pélvico y cerca del infundíbulo, su tamaño varía entre las mujeres según el ciclo menstrual. Los ovarios izquierdo y derecho tienen tamaño variable pesan de 6 a 10 gr. y miden de 1.5 a 3 cm. de ancho, de 2 a 5 cm. de longitud y de 1 a 1.5 cm. de espesor, cambian de aspecto de órganos de color gris punteado después de cada ovulación.

Los ovarios están cubiertos con una capa única de células epiteliales cuboides que en conjunto se llaman epitelio germinal, hay capas que constituyen los ovarios. Túnica albugínea, la corteza, la médula.

TUNICA ALBUGINEA

Es densa y de color blanco mate que sirve como capa protectora.

LA CORTEZA

Su parte principal contiene folículos de graaf, cuerpo lúteo, folículos atrécicos y cuerpos blancos todos conservados por estroma ovárico.

LA MEDULA

Está rodeada completamente por la corteza y contiene los nervios, vasos sanguíneos y linfáticos.

La función vital de los ovarios es liberar un óvulo maduro cada vez para fecundación, además de sus hormonas. (65)

(64) Mondragón Op. cit. pág. 16-19

(65) Olds. Op.cit. pág. 94

CICLO MENSTRUAL Y CICLO OVARICO

El ciclo menstrual consiste en una serie de cambios en el endometrio de la mujer no embarazada. Este último se prepara cada mes para la recepción del huevo fecundado, mismo que se transforma en embrión y luego en feto el cual permanece normalmente en el útero hasta que tiene lugar el parto. En caso de que no se efectúe la fecundación, se desprende la capa funcional del endometrio.

La menstruación se puede definir como hemorragia uterina cíclica como reacción a los cambios hormonales, la descarga menstrual está compuesta por sangre mezclada con líquido, secreción cervical, vaginal, bacterias, moco, leucocitos, desechos celulares parcialmente autorizados. La descarga menstrual es rojo oscuro y tiene un olor característico, es resultado de la necrosis tisular fisiológica causada por isquemia y anoxia del endometrio que ocurre cuando no se ha fecundado el óvulo. Se disminuye el flujo de sangre por las arteriolas espirales hacia el endometrio con lo que sobreviene isquemia y anoxia que a su vez produce necrosis y desprendimiento del endometrio (superficial) menstruación.

Al mismo tiempo que las arterias rectas brindan sangre suficiente para conservar el endometrio basal lo mismo que las glándulas o semillas endometriales encargadas de la regeneración del endometrio en el siguiente ciclo reproductivo o menstrual de la mujer.

La hemorragia se controla por vasoespasmos por las arteriolas basales rectas lo cuál da como resultado necrosis por coagulación en las puntas por los vasos.

EL CICLO OVARICO

Es un conjunto de fenómenos que tienen lugar mes tras mes y guardan relación con la maduración de un óvulo.

El ciclo ovárico se divide en dos:

Fase folicular

Fase lútea

FASE FOLICULAR

La corteza constituye las dos terceras partes del ovario es asiento de la función gametogénica y de la producción de hormonas femeninas, histológicamente consta de un estroma compacto en el que se encuentran los folículos en diferentes fases de maduración.

Al nacimiento del ser humano existen aproximadamente 2.000.000 de folículos. En la menarca quedan 400.000 folículos útiles, degenerándose

gradualmente en el curso de la vida sexual y desaparecen en la menopausia.

El folículo primordial de 40 micras de diámetro contiene una célula germinal en fase de ovocito primario está rodeado por un epitelio plano, la membrana granulosa fuente principal de estrógenos, en la primera mitad del ciclo. Por acción de la hormona folículo estimulante (FSH) madura convirtiéndose en el folículo secundario el cual mide 15 mm. hace protrusión en la corteza ovárica, en su interior contiene al ovocito secundario y ya expulsado el segundo glóbulo polar, en esta fase el ovario responde aumentando la producción de estrógenos.

FASE LUTEA

Se aumenta la liberación de la hormona estimulante del folículo y principalmente de hormona luteinizante ocurriendo la ovulación a las 24 y 48 horas de este incremento, la pared folicular se repliega, aumentando de volumen, la célula de la teca y de la granulosa que muestra gran actividad metabólica y numerosa mitosis acumulando líquido y formando el cuerpo lúteo que mide de 1 a 1.5 cm. de diámetro; a partir del cual se forman los estrógenos y progesterona ovárica que pronto alcanza niveles elevados y ejerce una acción inhibitoria sobre los centros hipotalámicos, con lo que disminuyen las gonadotropinas. Cuando no ocurre la fecundación, el cuerpo amarillo empieza a degenerarse formando una cicatriz el corpus albicans, a los nueve días de ocurrida la ovulación antes de que aparezca el flujo menstrual, existe una disminución súbita de los niveles de estrógenos y progesterona.

La ovulación es la rotura del folículo ovárico maduro (de Graaf) y el desprendimiento del óvulo, fenómeno que tiene lugar en el décimo cuarto día de un ciclo de cuatro semanas. La ovulación tiene lugar al inhibirse la secreción de FSH e incrementarse la secreción de estrógeno y LH

HORMONAS SEXUALES FEMENINAS

La corteza cerebral se estimula a través de los estímulos visuales sensitivos, olfatorio, auditivo, táctil, los cuales activarán el área anterior en el hipotálamo liberando el factor de liberación de hormona luteinizante.

El primero de ellos desencadena la liberación de FSH por parte del lóbulo anterior de la hipófisis, y esta hormona de origen al desarrollo inicial de los folículos ováricos y la secreción de estrógenos por los mismos.

El factor de liberación de LH, por su parte, inicia la secreción de esta hormona la cual estimula también el adenohipofisario desarrollo de los folículos ováricos, la ovulación, y la producción de estrógenos y

progesterona por parte de las células ováricas.

Las hormonas sexuales femeninas (estrógenos y progesterona) ejercen diversos efectos en el organismo. (66)

ESTROGENOS

Se relacionan con las características que contribuyen a la feminidad. Aunque los estrógenos naturales suelen distinguirse entre sí, los efectos estrogénicos principales son causados por 3 estrógenos clásicos. Estrona, B estradiol, el B-estradiol es el estrógeno principal, los ovarios secretan cantidades minúsculas.

Los estrógenos regulan el desarrollo mamario, ensanchamiento de las caderas, depósitos adiposos en la región glútea y el monte púbico, el patrón femenino del crecimiento del pelo se ve influido por los estrógenos, ayudan a la maduración de los folículos ováricos y hacen que la mucosa endometrial proliferen después de la menstruación.

La cantidad de estrógenos es mayor durante la fase proliferativa (folicular o estrogénica) del ciclo menstrual además hacen que el útero aumente de tamaño y peso por aumento de contenido de glucógeno, aminoácido, electrolitos, agua, se incrementa del mismo modo el riego sanguíneo bajo la influencia de los estrógenos aumenta la contractilidad muscular tanto del útero como la de las trompas de falopio y es mayor la sensibilidad uterina a la oxitocina.

Además inhibe la producción de la FSH y estimulan la producción de la hormona luteinizante.

PROGESTERONA

Se secreta en el cuerpo lúteo que se encuentra en mayores cantidades durante la fase secretoria (luteínica o progestacional) del ciclo menstrual disminuye la motilidad y la contractilidad del útero producidas por los estrógenos y por tanto prepara al útero para la implantación del óvulo una vez fecundado. La progesterona hace que el endometrio uterino incrementa más su provisión de glucógeno, sangre arterial, glándulas secretorias y agua esta hormona suele llamarse "hormona del embarazo" porque sus efectos sobre el útero permite que se conserve éste. Bajo la influencia de la progesterona el epitelio vaginal prolifera y el cuello uterino secreta un moco denso viscoso, el tejido glandular mamario aumenta de tamaño y complejidad.

La progesterona prepara también a las mamas para la lactancia. (67)

(66) Novak, El mundo tratado de Ginecología pág. 19

(67) Olds. Op. cit. pág. 106

1.6.2 APARATO REPRODUCTOR MASCULINO

El aparato genital masculino está constituido por:

GLANDULAS	CONDUCTOS	ELEMENTOS DE SOSTEN
Testículos	Epidídimos	Escroto
Vesículas seminales	Conductos deferentes	Pene
Próstata	Vesículas seminales	Cordones espermáticos
Glandulas de Cowper	Conductos eyaculadores	Cremáster
	Uretra	Ligamento suspensor

TESTICULOS

Los testículos son dos órganos glandulares cuya función primordial consiste en producir espermatozoides. En su etapa primitiva son órganos abdominales, y un poco antes del nacimiento descienden para ocupar el escroto. Son de forma ovoide y miden 4 X 2.5 por 1.5cm.

Se sostienen en su sitio gracias al cremáster, el cual está compuesto de tejido muscular con propiedades particulares, ya que se contrae con el frío (acercando los testículos al abdomen) y se dilata con el calor (retirándolos), para mantener los testículos a una temperatura uniforme.

Cada testículo cuenta con varios cientos de lóbulos y cada lóbulo tiene varios túbulos seminíferos. Las paredes interiores del túbulo seminífero se encuentran formadas por epitelio germinal, el cual produce los espermatozoides y las hormonas masculinas (andrógenos).

A partir de la pubertad el tejido germinal empieza a funcionar y continúa haciéndolo durante toda la vida del individuo (espermatogénesis).

Los lóbulos seminíferos, aproximadamente 1 000, confluyen en la parte superior del testículo y desembocan en el epidídimo.

EPIDIDIMO

Este es un conducto de 5 cm. de longitud que se adosa a la cara posterior de cada testículo de arriba abajo, y es el lugar en el que se efectúa la selección natural de los espermatozoides, al iniciarse la maduración de éstos.

CONDUCTO DEFERENTE

Es la continuación del epidídimo; consiste en un conducto de 30 a 40 cm. de longitud que sale del escroto; se dirige al conducto inguinal y lo atraviesa haciéndose en esta forma abdominal, terminando en la base de la vejiga urinaria.

VESICULAS SEMINALES

Son ampliaciones del conducto deferente, de tejido membranoso, fácilmente distensible, con capacidad contráctil, cuya función consiste en coleccionar los espermatozoides para que terminen su proceso de maduración, además de constituir parte de la vía espermática.

CONDUCTOS EYACULADORES

Estos parten de las vesículas seminales; son pequeños tubos de 15 a 20 mm. de longitud que desembocan en ambos lados de la uretra prostática.

URETRA

Constituye un conducto más largo en el hombre que en la mujer; miden de 14 a 20 cm. de longitud por 10 a 20 mm. de diámetro, y se extiende desde el cuello de la vejiga hasta el extremo distal del pene; cumple una doble función: la eliminación de la orina y la evacuación del esperma.

PROSTATA

Se trata de un órgano impar de naturaleza glandular ubicado en la parte inferior de la vejiga; rodea la porción inicial de la uretra; mide 30 X 25 mm. y pesa de 20 a 25 gramos. En el interior tiene varios conductos excretores que se abren en la porción prostática de la uretra; a través de ellos vierte su secreción que forma parte del líquido eyaculado y la de su carácter alcalino.

GLANDULAS DE COWPER

Son dos pequeñas estructuras glandulares situadas por debajo de la próstata, a los lados de la uretra, de 5 mm. de longitud, que desembocan en la uretra mediante los tubos excretores, con los cuales eliminan una secreción mucosa, espesa, grisácea, del pH alcalino, que tiene como función lubricar el medio y neutralizar la acidez vaginal.

ESCROTO

Bolsa impar media situada abajo de la sínfisis del pubis, entre los muslos; está constituida por piel delgada, de color oscuro, elástica y distensible, con numerosos pliegues transversales cubiertos de pelos largos y rígidos. Esta piel es rica en glándulas sudoríparas y sebáceas.

PENE

Órgano masculino de la copulación, deposita al semen en la vagina; está situada encima del escroto, delante de la sínfisis púbica, tiene forma cilíndrica; mide de 9 a 10 cm. de longitud y 18 a 20 mm. de diámetro en estado flácido y de 15 a 20 cm. de largo por 3 a 4 cm. de diámetro en estado de erección, en promedio.

El extremo posterior o raíz del pene está fijo a la sínfisis púbica por el ligamento suspensor. En el extremo libre se halla el glande, el cual se encuentra cubierto por un capuchón de piel llamado prepucio. El glande es la zona más sensible del pene. El cuerpo de este órgano es cilíndrico con tendencia a circular y está constituido por tejido eréctil y una envoltura de tejido elástico. El tejido eréctil está compuesto de los cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso. Los cuerpos cavernosos son dos, de forma cilíndrica, y están adosados uno al otro en la parte anterior del pene. El cuerpo esponjoso, también cilíndrico, tiene un diámetro menor y se ubica en la parte posterior, entre los dos cuernos cavernosos. La uretra recorre al pene en toda su extensión.

Una piel fina muy movable lo recubre, es de color oscuro en la parte media y posterior, donde tiene un rafé que se continúa con el escroto.

El tejido eréctil del pene se llena de sangre con mucha rapidez, haciendo que este órgano aumente su tamaño y consistencia; al desalojar la sangre queda flácido y disminuye de tamaño. (66)

1.7 METODOS ANTICONCEPTIVOS

Métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente.

1.7.1 HORMONALES COMBINADOS ORALES QUE CONTIENEN ESTROGENO Y PROGESTINA

(66) Mondragón, Op. cit. pág. 15

1.7.1.1 FORMULACION

Contienen un estrógeno sintético: etinil estradiol (20-50 Mg) o mestranol (50-100 Mg). Las dosis diarias recomendables no deben exceder de 35 Mg. de etinil estradiol o de 50 Mg. de mestranol.

Además del estrógeno contienen de una de cualesquiera de las siguientes progestinas sintéticas derivadas de la 19 Nortestosterona: noretisterona (400 Mg-1mg), norgestrel (300-500 Mg), gestodeno (75 Mg), norgestimato (250 Mg.) y desogestrel (150 Mg.), o derivadas de la 17 hidroxiprogesterona: acetato de clormadinona (2 mg) y acetato de ciproterona (2 mg).

1.7.1.2 PRESENTACION

Existen tres tipos de presentaciones de los anticonceptivos hormonales combinados orales:

Las que contienen dosis constantes del estrógeno y de la progestina en cada una de las tabletas o grageas. Se presentan en cajas de 21 tabletas o grageas. Algunas presentaciones incluyen siete tabletas o grageas adicionales que no contienen hormonales, sino sólo hierro o lactosa, resultando ciclos de 28 tabletas o grageas para administración ininterrumpida.

Las que contienen dosis variables del estrógeno y de la progestina en las tabletas o grageas que se administran dentro del ciclo de 21 días, se denominan trifásicos por incluir tabletas o grageas con tres cantidades diferentes de hormonas sintéticas, y.

Aquellas que en el paquete para 21 días contienen 15 tabletas o grageas con el estrógeno solo, seguidas por seis tabletas o grageas con dosis fijas del estrógeno, más alguna progestina sintética, se denominan secuenciales y no se debe recomendar su uso con anticonceptivo.

1.7.1.3 EFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 92 al 99%

1.7.1.4 INDICACIONES

Los anticonceptivos hormonales combinados orales están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas en las siguientes circunstancias:

Antes del primer embarazo
En el intervalo intergenésico
En el posaborto inmediato
En posparto o poscesárea, después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

1.7.1.5 CONTRAINDICACIONES

Lactancia en los primeros seis meses posparto
Embarazo o sospecha de embarazo
Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, y cardiopatía reumática.
Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
Enfermedad hepática aguda o crónica activa.
Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

1.7.1.6 PRECAUCIONES

Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada
Fumadoras mayores de 35 años de edad
Hipertensión arterial
Diabetes mellitus no controlada
Migraña focal
Leiomiomatosis uterina
Insuficiencia renal
Alteraciones de la coagulación

1.7.1.7 FORMA DE ADMINISTRACION

Los anticonceptivos hormonales combinados orales, en el primer ciclo de tratamiento, deben iniciarse preferentemente dentro de los primeros cinco días del ciclo menstrual. También pueden iniciarse al sexto o séptimo día. En este caso debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días de la administración del método.

En las presentaciones de 28 tabletas o grageas se ingiere una de éstas, que contienen hormonas, diariamente durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días durante los cuales se ingiere diariamente una tableta o gragea que contiene hierro o lactosa. Los ciclos subsecuentes se inician al concluir el previo, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

Este método debe suspenderse dos semanas antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después.

1.7.1.8 LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA PRESCRIPCION

Los anticonceptivos hormonales combinados orales pueden obtenerse en unidades de atención médica y programas institucionales de distribución comunitaria o adquirirse en las farmacias.

Se deben realizar los siguientes procedimientos para su prescripción:

Proporcionar consejería

Efectuar interrogatorio

Instruir a la mujer en el uso adecuado de las tabletas o grageas

Efectuar examen físico en función de capacitación y recursos de los prestadores de servicios y requerimientos de los métodos anticonceptivos, incluyendo toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cérvico-vaginal (papanicolaou). En caso de adolescentes examen pélvico y la toma de citología cérvico-vaginal se pueden diferir para consultas subsecuentes.

1.7.1.9 EFECTOS COLATERALES

Algunas mujeres pueden presentar:

Cefalea

Náusea

Vómito

Mareo

Mastalgia

Cloasma

Manchado intermenstrual

1.7.1.10 CONDUCTA A SEGUIR EN CASO DE PRESENTARSE EFECTOS COLATERALES

En caso de sintomatología leve, reforzar la consejería y recomendar a la usuaria que continúe el uso del método, ya que esta sintomatología generalmente es transitoria y comunmente se presenta sólo en los primeros ciclos de uso.

Suspender el uso del método, reforzar consejería y ofrecer cambios de método si se presentara alguna de las siguientes situaciones:

Sospecha de embarazo

Cefalea intensa

Alteraciones visuales

Dolor torácico intenso

Disnea

Dolor de miembros inferiores

Ictericia

Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de seis meses.

1.7.1.11 SEGUIMIENTO DE LA USUARIA

Se efectuará mediante una visita inicial al mes y posteriormente cada año a partir del inicio del uso del método o antes si es necesario. En cada visita se reforzará la consejería, se vigilará el uso correcto del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda, se dotará a la usuaria de las tabletas o grageas. Siempre que sea posible, en la visita anual de revisión, se tomará muestra para citología cervico-vaginal (papanicolaou).

En la primera visita y en cada una de las subsecuentes se pueden prescribir y/o entregar hasta cuatro ciclos de tabletas o grageas.

El número de ciclos que se proporcionen puede estar determinado por razones programáticas, logísticas o financieras, incluyendo la capacidad de la usuaria de pagar en un sistema de recuperación de cuotas.

1.7.2 HORMONALES ORALES QUE SOLO CONTIENEN PROGESTINA

1.7.2.1 FORMULACION

Existen dos formulaciones que contienen dosis bajas de una progestina sintética, linestrenol 0.5 mg. y levonorgestrel 35Mg (no contienen estrógenos).

1.7.2.2 PRESENTACION

Se presenta en cajas que contienen 35 tabletas o grageas.

1.7.2.3 EFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptivas del 90 al 97%

1.7.2.4 INDICACIONES

Los anticonceptivos hormonales orales que sólo contienen progestina están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nullgestas, nullparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen

un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas, en las siguientes circunstancias:

Antes del primer embarazo inclusive, cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.

En el intervalo intergenésico inclusive, cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.

En el posparto o poscesárea, con o sin lactancia y cuando se deseen anticonceptivos orales.

En el posaborto inmediato.

1.7.2.5 CONTRAINDICACIONES

Embarazo o sospecha de embarazo

Tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix.

Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos

Enfermedad hepática aguda o crónica activa.

Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsionantes.

1.7.2.6 PRECAUCIONES

Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada

Insuficiencia renal

Cardiopatía isquémica

Depresión importante

Migraña focal

1.7.2.7 FORMA DE ADMINISTRACION

Los anticonceptivos hormonales que sólo contienen progestina en su primer ciclo de tratamiento deben iniciarse preferentemente el primer día de la menstruación. Si el inicio se efectúa después del primero y antes del sexto día desde el inicio de la menstruación, se deberá usar un método de barrera, como apoyo durante siete días. Se ingiere una tableta diaria ininterrumpidamente, incluso durante la menstruación.

Debido a la menor duración de su efectividad anticonceptiva, es necesario tomar la tableta, o gragea a la misma hora.

En el posparto, o poscesárea cuando la mujer esté lactando se debe iniciar después de la sexta semana. Si no está lactando puede iniciarse después de la tercera semana.

Al suspender totalmente la lactancia se puede recomendar el cambio a otro método anticonceptivo.

1.7.2.8 LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA PRESCRIPCION

Los anticonceptivos hormonales orales que contienen sólo progestina, pueden obtenerse en unidades de atención médica y programas institucionales de distribución comunitaria o adquirirse en farmacias.

Se deben realizar los siguientes procedimientos para su prescripción:

- Proporcionar consejería
- Efectuar interrogatorio
- Instruir a la mujer en el uso adecuado de las tabletas o grageas en forma diaria ininterrumpida.
- Efectuar examen físico en función de capacitación y recursos de los prestadores de servicios y requerimientos de los métodos anticonceptivos incluyendo: toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cérvico-vaginal (papanicolaou). En caso de adolescentes, el examen pélvico y la toma de muestra para citología cérvico-vaginal, puede diferirse para consultas subsecuentes.

1.7.2.9 EFECTOS COLATERALES

Algunas mujeres pueden presentar:

- Irregularidades menstruales (hemorragia, manchado prolongado o amenorrea)
- Cefalea
- Mastalgia

1.7.2.10 CONDUCTA A SEGUIR EN CASO DE PRESENTARSE EFECTOS COLATERALES

-Cuando hay amenorrea y antecedente de ingestión irregular de la tableta se debe descartar la existencia de embarazo

En caso de sintomatología leve, se debe reforzar la consejería y recomendar a la usuaria continuar el uso del método anticonceptivo.

-El uso del método se debe suspender si se presenta:

Embarazo confirmado

-Intolerancia a las alteraciones del ciclo menstrual.

1.7.2.11 SEGUIMIENTO DE LA USUARIA

-Se debe efectuar mediante una visita inicial al mes y posteriormente al menos cada año o cuando se estime necesario por el prestador del servicio o la usuaria. En cada visita se reforzará la consejería, se vigilará el correcto uso del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda, se dotará de tabletas o grageas.

-En la primera visita y en cada una de las subsecuentes se pueden prescribir y/o entregar hasta cuatro ciclos de tabletas o grageas. El número de ciclos que se proporcionen puede estar determinado por razones programáticas, logísticas o financieras, incluyendo la capacidad de la usuaria de pagar en un sistema de recuperación de cuotas.

1.7.3 HORMONALES COMBINADOS INYECTABLES QUE CONTIENEN ESTROGENO Y PROGESTINA

1.7.3.1 FORMULACION

-Contienen un éter de estradiol: cipionato de estradiol (5mg), valerianato de estradiol (5mg) o enantato de estradiol (5 y 10mg). La dosis recomendables del éter de estradiol no deben exceder de 5 mg. al mes.
-Además de estrógeno contienen una de cualesquiera de las siguientes progestinas sintéticas esterificadas derivadas de la 19-nortestosterona: enantato de noretisterona (50mg.), o derivadas de la 17-hidroxiprogesterona: acetato de medroxiprogesterona (25mg) y acetofénido de dihidroxiprogesterona (75 y 150 mg.).

1.7.3.2 PRESENTACION

Existen cuatro tipos de anticonceptivos hormonales combinados inyectables:

- Cipionato de estradiol 5 mg + acetato de medroxiprogesterona 25 mg en 0.5 ml de suspensión acuosa microcristalina.
- Valerianato de estradiol 5 mg + enantato de noretisterona 50 mg en 1 ml. de solución oleosa.
- Enantato de estradiol 5 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 75 mg en 1 ml de solución oleosa.
- Enantato de estradiol 10 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg en 1 ml. de solución oleosa.

1.7.3.3 EFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA

-Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

1.7.3.4 INDICACIONES

Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción e inyectable, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo
- En el intervalo intergenésico
- En posaborto
- En posparto, o poscesárea después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

1.7.3.5 CONTRAINDICACIONES

- Lactancia en los primeros seis meses posparto
- Embarazo o sospecha de embarazo
- Tener o haber tenido cáncer mamario o de cérvix
- Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos
- Tener enfermedad hepática aguda o crónica activa
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivos.

1.7.3.6 PRECAUCIONES

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada
- Fumadores mayores de 35 años de edad
- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus no controlada
- Migraña focal
- Leiomiomatosis uterina
- Insuficiencia renal
- Alteraciones de la coagulación

1.7.3.7 FORMA DE ADMINISTRACION

-Los anticonceptivos hormonales combinados inyectables se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea.

-La primera aplicación debe hacerse en cualesquiera de los primeros cinco días después de iniciada la menstruación. También puede iniciarse en cualquier momento, si se está razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada. Si el método se inicia después del quinto día del ciclo menstrual debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días después de la inyección. Las inyecciones subsecuentes deben aplicarse cada 30 +/- 3 días, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

-Las usuarias de anticonceptivos inyectables que sólo contienen progestina pueden cambiar al hormonal combinado inyectable recibiendo

aplicación de éste en el día programado para su inyección. Posteriormente se debe aplicar cada 30 +/-3días independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

-En el posparto, o poscesárea cuando la mujer no efectúa lactancia, la administración del hormonal combinado inyectable se puede iniciar después de la tercera semana.

-Después de un aborto se puede iniciar la administración del hormonal combinado inyectable a las dos semanas.

-Estos anticonceptivos deben suspenderse 45 días antes de una cirugía mayor electiva, o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después.

1.7.3.8 LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA PRESCRIPCIÓN

-Los anticonceptivos hormonales combinados inyectables pueden obtenerse en unidades de atención médica y en programas de distribución comunitaria o adquirirse en las farmacias.

-Se deben realizar los siguientes procedimientos para su prescripción:

Proporcionar consejería

Efectuar interrogatorio

instruir a la mujer en el uso adecuado de los inyectables.

Efectuar examen físico en función de capacitación y recursos de los prestadores de servicios y requerimientos de los métodos anticonceptivos incluyendo: toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cérvico-vaginal (papnicolaou). En caso de adolescentes el examen pélvico y la toma de muestra para citología cérvico-vaginal, puede diferirse para consultas subsecuentes.

-Se debe utilizar jeringas y agujas estériles que sean desechables.

1.7.3.9 EFECTOS COLATERALES

Algunas mujeres pueden presentar:

-irregularidad menstruales

-Cefalea

-Nausea

-Vómito

-Mareo

-Mastalgia

-Incremento de peso corporal

1.7.3.10 CONDUCTA A SEGUIR EN CASO DE PRESENTARSE EFECTOS COLATERALES

En caso de sintomatología leve, se debe reforzar la consejería y recomendar a la usuaria que continúe el uso del método, ya que esta sintomatología puede ser transitoria y comúnmente se presenta sólo en los primeros meses de uso.

- Suspender el uso del método si se presentara alguna de las siguientes situaciones:
- Sospecha de embarazo
- Cefalea intensa
- Alteraciones visuales
- Dolor torácico intenso
- Disnea
- Dolor de miembros inferiores
- Ictericia
- Intolerancia a las irregularidades del ciclo menstrual
- Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de seis meses.

1.7.3.11 SEGUIMIENTO DE LA USUARIA

Se debe efectuar mediante una visita inicial a los 30 días y posteriormente cada año o cuando se estime necesario por el prestador del servicio o la usuaria.

En cada visita se reforzará la consejería, se valorará la satisfacción con el método, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda se aplicará la siguiente inyección.

En la primera visita y en cada una de las subsecuentes se pueden entregar varias ampollas, pero sólo tres o cuatro son programáticamente razonables. El número de ampollas que se proporcionen puede estar determinado por razones programáticas, logísticas o financieras, incluyendo la capacidad de la usuaria de pagar en un sistema de recuperación de cuotas.

1.7.4 HORMONALES INYECTABLES QUE SOLO CONTIENEN PROGESTINA

1.7.4.1 FORMULACION

Contiene una progestina sintética esterificada derivada de la 19 nortestosterona, enantato de norestisterona (200 mg); o derivada de la 17-hidroxiprogesterona, acetato de medroxiprogesterona (150 mg).

1.7.4.2 PRESENTACION

Existen dos tipos de anticonceptivos hormonales inyectables que sólo contienen progestina:

- Enantato de noretisterona 200 mg. en ampolleta con 1 ml. de solución oleosa.
- Acetato de medroxiprogesterona 150 mg. en ampolleta con 3 ml. de suspensión acuosa microcristalina.

1.7.4.3 EFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA

-Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

1.7.4.4 INDICACIONES

Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de larga acción e inyectable, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógeno esté contraindicado.
- En el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógeno esté contraindicado.
- Mujeres en el posparto o poscesárea, con o sin lactancia y deseen un método inyectable.
- En el posaborto.

1.7.4.5 CONTRAINDICACIONES

- Embarazo o sospecha de embarazo
- Tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos
- Tener enfermedad hepática aguda o crónica activa
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsionantes.

1.7.4.6 PRECAUCIONES

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada
- Insuficiencia renal
- Cardiopatía isquémica
- Depresión importante
- Migraña focal

- Mujeres que deseen embarazarse en un período menor de 9 meses después de suspender el anticonceptivo.
- Alteraciones de la coagulación

1.7.4.7 FORMA DE ADMINISTRACION

- Los anticonceptivos hormonales inyectables que sólo contienen progestina se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea.
- La primera aplicación debe efectuarse en cualesquiera de los primeros siete días después del inicio del ciclo menstrual.
- Las inyecciones subsecuentes de DMPA deben aplicarse cada tres meses y las de NET-EN cada dos meses independientemente de cuando se presente el sangrado.
- En el posparto, cuando la mujer esté lactando, la aplicación de estos anticonceptivos inyectables debe efectuarse después de la sexta semana.
- En el posaborto la primera aplicación puede efectuarse inmediatamente.

1.7.4.8 LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA PRESCRIPCION

- Los anticonceptivos inyectables que sólo contienen progestina se pueden obtener en unidades de atención médica, y en programas de distribución comunitaria o adquirirse en las farmacias con prescripción médica.
- Se deben realizar los siguientes procedimientos para su prescripción:
 - Proporcionar consejería
 - Efectuar interrogatorio
 - Instruir a la mujer en el uso adecuado de las inyecciones
 - Efectuar examen físico en función capacitación y recursos del prestador de servicios y requerimientos de los métodos anticonceptivos incluyendo: toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cérvico-vaginal (papanicolaou). En caso de adolescentes, el examen pélvico y la toma de citología cérvico-vaginal se pueden diferir para consultas subsecuentes.
 - Se debe tener especial atención para evitar el uso indistinto de anticonceptivos hormonales combinados inyectables y los que sólo contienen progestina, en razón de su diferente formulación y duración de efectividad.
 - Se deben utilizar jeringas y agujas estériles que sean desechables.

1.7.4.9 EFECTOS COLATERALES

Algunas mujeres pueden presentar:

- Irregularidades menstruales
- Amenorrea
- Cefalea
- Mastalgia
- Aumento de peso

1.7.4.10 CONDUCTA A SEGUIR EN CASO DE PRESENTARSE EFECTOS COLATERALES

- En caso de sintomatología leve, reforzar la consejería y recomendar a la usuaria que continúe el uso del método.
- Suspender el uso del método si se presentara alguna de las siguientes situaciones:

- a) Sospecha de embarazo
- b) Intolerancia a las irregularidades del ciclo menstrual

1.7.4.11 SEGUIMIENTO DE LA USUARIA

- Se debe efectuar mediante una visita inicial y posteriormente cada año, o cuando se estime necesario por el prestador del servicio o la usuaria.
- En cada visita se reforzará la consejería, se vigilará el correcto uso del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda se aplicará la siguiente inyección.
- En la primera visita y en cada una de las subsecuentes se pueden entregar varias ampolletas, pero sólo tres o cuatro son programáticamente razonables. El número de ampolletas que se proporcionen puede estar determinado por razones programáticas, logísticas o financieras, incluyendo la capacidad de la usuaria de pagar en un sistema de recuperación de cuotas.

1.7.5 DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Los dispositivos intrauterinos son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina, con fines anticonceptivos de carácter temporal.

1.7.5.1 DESCRIPCION

Los dispositivos intrauterinos disponibles consisten en un cuerpo semejante a una "T" de polietileno flexible y contienen un principio activo o coadyuvante de cobre o de cobre y plata y tienen además hilos guía para su localización y extracción.

1.7.5.2 PRESENTACION

Los dispositivos intrauterinos se obtienen esterilizados en presentación individual acompañados de su insertor.

1.7.5.3 EFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA

Bajo condiciones habituales de uso este método brinda protección anticonceptiva del 95 al 99%

1.7.5.4 INDICACIONES

La inserción del DIU está indicada para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nulligestas, nullíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, que no deseen la toma o aplicación periódica de anticonceptivos hormonales en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo
- En el intervalo intergenésico
- En el posparto, trans y poscesárea, con o sin lactancia
- En el posaborto

1.7.5.5 CONTRAINDICACIONES

- Embarazo o sospecha de embarazo
- Utero con histerometría menor a 6 cms.
- Patología que deforme la cavidad uterina
- Carcinoma del cérvix o del cuerpo uterino
- Enfermedad inflamatoria pélvica activa
- Presentación de corioamnionitis.

1.7.5.6 PRECAUCIONES

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada
- Infecciones del tracto genital
- Hiperplasia endometrial
- Anemia y padecimientos hemorrágicos
- Dismenorrea severa
- Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica
- Antecedentes de embarazo ectópico
- Ruptura prematura de membranas
- Trabajo de parto prolongado

1.7.5.7 FORMA DE ADMINISTRACION

El DIU debe ser insertado en la cavidad uterina

1.7.5.8 LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA PRESCRIPCION

El DIU debe ser aplicado:

- Después de proporcionar consejería
- Por personal capacitado en la exploración del aparato genital femenino y en las diversas técnicas de inserción
- Siguiendo las recomendaciones específicas para cada tipo de DIU
- Cumpliendo las técnicas de asepsia y antisepsia.
- No se debe recomendar en mujeres con varios compañeros sexuales y expuestas a enfermedades de transmisión sexual, por el riesgo de desarrollar enfermedad inflamatoria pélvica.

1.7.5.9 EFECTOS COLATERALES

En general, el DIU es bien tolerado por la mayoría de las usuarias. Los efectos colaterales son poco frecuentes, generalmente limitados a los primeros meses posteriores a la inserción y se pueden manifestar como:

- Dolor pélvico durante el período menstrual.
- Aumento de la cantidad y duración del sangrado menstrual.

1.7.5.10 SEGUIMIENTO DE LA USUARIA

Las revisiones subsecuentes deben programarse, la primera entre la 4a. y la 6a. semanas posteriores a la inserción. Si la aplicación se realizó después de un evento obstétrico, se recortaran los hilos del DIU a una distancia de dos centímetros por fuera del orificio externo del cérvix, en caso necesario. La segunda revisión se debe efectuar a los seis meses a partir de la inserción y posteriormente cada año contando a partir de la fecha de aplicación del DIU o cuando la usuaria lo estime necesario.

En cada visita clínica debe verificarse la posición correcta del DIU mediante la visualización de los hilos guía, investigar la presencia de efectos colaterales, descartar la presencia de embarazo y detectar la existencia de infecciones cérvico-vaginales.

En caso de embarazo, si los hilos son visibles, se retirará el DIU. Si los hilos no son visibles, no se debe intentar el retiro del dispositivo.

Siempre que sea posible en la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cérvico-vaginal (papanicolaou).

1.7.6 METODOS DE BARRERA

1.7.6.1 CONDON O PRESERVATIVO

Es una bolsa de plástico (látex), que se aplica al pene en erección para evitar el paso de espermatozoides. Algunos contienen además un espermicida (Nonoxinol-9). El condón o preservativo es el único método que contribuye a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.

1.7.6.1.1 DESCRIPCION

Son aquéllos que impiden el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico, algunos se acompañan también de la acción de sustancias químicas.

1.7.6.1.2 EFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA

-Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 85 al 97%

1.7.6.1.3 INDICACIONES

Es un método indicado para el hombre con vida sexual activa, en las siguientes situaciones:

- Como apoyo a otros métodos anticonceptivos.
- En personas con actividad sexual esporádica.
- Como apoyo durante las primeras 25 eyaculaciones posteriores a la realización de vasectomía.
- Cuando además hay riesgo de exposición a enfermedades de transmisión sexual, incluyendo al SIDA.

1.7.6.1.4 CONTRAINDICACIONES

- Alergia o hipersensibilidad al plástico (látex) o al espermicida.
- Disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil

1.7.6.1.5 FORMA DE USO

- Debe usarse un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y desde el inicio del coito.
- Cada condón puede usarse una sola vez

- Debe verificarse la fecha de manufactura, la cual no deberá ser mayor a cinco años.
- Se coloca en la punta del pene cuando está en erección, desenrollándolo hasta llegar a la base del pene. Debe evitarse la formación de burbujas de aire.
- Cuando el hombre no esté circuncidado debe retraer el prepucio hacia la base del pene antes de colocar el condón.
- Posterior a la eyaculación se debe retirar el pene de la vagina cuando aún esté erecto, sostener el condón por la base del pene para evitar que se derrame el semen o permanezca el condón en la cavidad vaginal.
- Se anudará el preservativo antes de su depósito final en un basurero, evitando derramar el semen.
- En caso necesario, se emplearán únicamente lubricantes solubles en agua, nunca en aceite, para evitar la pérdida de efectividad del preservativo.

1.7.6.1.6 LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA PRESCRIPCION

Se puede obtener en unidades de atención médica, en programas de distribución comunitaria y de mercadeo social o mediante adquisición libre en farmacias y otros establecimientos comerciales.

1.7.6.1.7 EFECTOS COLATERALES

-Intolerancia al látex o al espermicida.

1.7.6.1.8 SEGUIMIENTO DEL USUARIO

Las visitas de seguimiento se deben efectuar de acuerdo a las necesidades del usuario, si procede para proveer condones, para reforzar las instrucciones de uso y la consejería.

1.7.6.2 ESPERMICIDAS

1.7.6.2.1 DESCRIPCION

Son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides, inactivándolos antes de que penetren al útero. Por lo general son surfactantes que pueden administrarse a través de diversos vehículos:

cremas, óvulos y espuma en aerosoles. Las diversas presentaciones contienen un vehículo y un espermicida.

1.7.6.2.2 EFECTIVIDAD

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 75 al 90% y pueda incrementarse en asociación con otros métodos de barrera.

1.7.6.2.3 FORMULACIONES

Cremas: el vehículo es ácido esteárico y derivados o glicerina. El espermicida es Nonoxinol-9, o cloruro de bencetonio.

Ovulos: el vehículo es manteca de cacao, glicerina, estearina o jabón. El espermicida es cloruro de bencetonio, Nonoxinol-9, polietilenglicol de monoisooctilfenol, éter o éster polisacárido del ácido polisulfúrico.

Espuma en aerosol: el vehículo es el polietilenglicol, glicerina o hidrocarburos y freón. El espermicida es Nonoxinol-9 o cloruro de bencetonio.

1.7.6.2.4 INDICACIONES

Estos métodos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes que deseen un método temporal de efectividad media, en las siguientes condiciones:

- Contraindicación para el uso de anticonceptivos hormonales.
- Durante la lactancia.
- Para aumentar la eficacia anticonceptiva de otros métodos de barrera.
- En periodo inmediato posvasectomía.

1.7.6.2.5 CONTRAINDICACIONES

- Hipersensibilidad a alguno de los componentes de la formulación.

1.7.6.2.6 FORMA DE ADMINISTRACION

Aplicarse dentro de la vagina de 5 a 20 minutos antes de cada coito, según la recomendación del fabricante.

1.7.6.2.7 LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA PRESCRIPCION

Se debe explicar a las usuarias sobre la necesidad de respetar el tiempo de espera antes del coito a partir de la aplicación intravaginal, así como evitar el aseo poscoito en forma inmediata, con el fin de lograr el efecto anticonceptivo de los espermicidas.

1.7.6.2.8 EFECTOS COLATERALES

- Su uso puede producir en la pareja fenómenos de inflamación local, en personas sensibles a los ingredientes de la formulación.
- Reacciones alérgicas.

1.7.6.2.9 SEGUIMIENTO DE LA USUARIA

Las visitas de seguimiento serán para reforzar las instrucciones de uso, así como para consejería de métodos más efectivos.

1.7.7 METODOS NATURALES O DE ABSTINENCIA PERIODICA

Son los métodos por medio de los cuales se evita el embarazo, planificando el acto sexual de acuerdo con los periodos fértiles e infértiles de la mujer.

Estos métodos requieren de una alta motivación y participación activa de la pareja, así como de la capacidad de la mujer para identificar los patrones de secreción de moco cervical, temperatura y otros síntomas asociados al periodo fértil.

Los métodos naturales más utilizados son:

- Método del calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus.
- Método de la temperatura
- Método del moco cervical o de Billings.
- Método sintotérmico.
- Bajo condiciones habituales de uso, estos métodos brindan protección anticonceptiva del 70 al 80%.

Estos métodos pueden aplicarse en parejas en edad fértil, con vida sexual activa, que requieran regular su fecundidad de manera temporal y que no deseen usar un método de mayor efectividad por cualquier causa.

Las Contraindicaciones son las siguientes:

- Riesgo reproductivo elevado.
- Mujeres con ciclos menstruales irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación.
- Inhabilidad de la mujer para reconocer: las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical, en la temperatura basal y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual.
- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera.

Las Precauciones a seguir son:

- Cualquier motivo de duda de la mujer respecto de las características de su ciclo menstrual por cualquier razón.

La forma de uso de estos métodos se basa en la serie de eventos fisiológicos de un ciclo menstrual. La efectividad de los métodos naturales depende de la capacidad de la usuaria para predecir la fecha de la ovulación con seguridad razonable. La capacitación para estos métodos dura de tres a seis ciclos (meses). requiere de la abstinencia periódica entre 35 al 50% del ciclo. Se deben estudiar el moco cervical, la temperatura basal, las manifestaciones en los anexos, glándulas mamarias y el cérvix y llevar registro minucioso diario de los cambios periódicos, para la determinación de los patrones de secreción cervical, de la temperatura basal y otros asociados al periodo fértil.

1.7.7.1 METODO DE CALENDARIO, DEL RITMO O DE OGINO-KNAUS

Como resultado de la observación continua durante un año la pareja puede estimar el principio de su periodo fértil restando 19 días del ciclo más corto y calcula el fin del período fértil restando 12 días del ciclo más largo. Durante este tiempo se deben evitar las relaciones sexuales. Debido a que pocas mujeres tienen ciclos menstruales de duración uniforme, a menudo los cálculos del periodo fértil son demasiados amplios y requieren de abstinencia prolongada.

1.7.7.2 METODO DE LA TEMPERATURA

Este método depende de un solo signo, la elevación de la temperatura corporal basal. La mujer al despertar, antes de levantarse, debe efectuar la medición de su temperatura todas las mañanas, en la misma situación,

y por la misma vía después de al menos cinco horas de sueño continuo. La medición puede ser oral, rectal o vaginal, pero la más exacta es la rectal. Se debe efectuar el registro gráfico del resultado de la medición para poder observar los cambios térmicos, que indiquen si se produjo o no la ovulación. Este cambio generalmente es discreto, con una variación de 0.2 a 0.4 grados centígrados. Se registra la temperatura basal diariamente. La pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el primer día de la menstruación y el tercer día consecutivo de temperatura elevada. La espera de tres días, poselevación de la temperatura, contribuirá a evitar que el óvulo sea fecundado.

1.7.7.3 METODO DEL MOCO CERVICAL O DE BILLINGS

Para practicar este método la mujer debe tener la capacidad para establecer diferencia entre sequedad, humedad, y mayor humedad a nivel vaginal y vulvar, utilizando un papel higiénico antes de orinar o mediante la toma de moco cervical con el dedo, para verificar su aspecto y elasticidad. Durante el ciclo menstrual ocurren cambios que van de secreciones escasas de moco pegajoso, seguido de otra fase de aumento inicial de niveles de estrógenos, que dan una sensación de humedad. El síntoma máximo o cúspide es un moco elástico, que si se toma entre dos dedos se observa filante, (es decir, que se estira o elonga como clara de huevo). La abstinencia sexual debe comenzar el primer día del ciclo menstrual en que se observa el moco abundante y lubricante y se continúa hasta el cuarto día después del día cúspide en que se presenta el síntoma máximo o filantez del moco cervical.

Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual, deben registrarse: las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, de moco pegajoso o turbio y de moco claro y elástico, de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método.

El último día de secreción de moco se llama día cúspide. Se marca con una X y sólo puede confirmarse al día siguiente, cuando vuelve el patrón infértil o días secos que determinan el comienzo de la etapa infértil del ciclo menstrual a partir del cuarto día después del cúspide. Los últimos días infértiles del ciclo menstrual comprenden desde el cuarto día después del día cúspide hasta el final del ciclo.

Cuando se desea prevenir el embarazo, la pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales:

- Todos los días que se observe secreción de moco cervical hasta el cuarto día después del día cúspide.
- Los días de menstruación y
- Al día siguiente de cualquier relación sexual en días secos, antes del día cúspide.

1.7.7.4 METODO SINTOTERMICO

Este método es denominado así porque combina varios síntomas y signos con la temperatura basal, especialmente cambios en el moco cervical y cálculo numérico para determinar el período fértil de la mujer. Se pueden asociar con otros cambios tales como: dolor abdominal asociado a la ovulación, hemorragia intermenstrual, cambios en la posición, consistencia, humedad y dilatación del cérvix, mastodinia, edema y cambios en el estado de ánimo. Los cambios cíclicos del cérvix se presentan de manera más uniforme, pero algunas mujeres tal vez no puedan interpretarlos, incluso cuando no existan condiciones anormales.

Las aceptantes de estos métodos pueden ser adiestradas por personal capacitado. Se requiere de un período largo de instrucción inicial y asesoramiento progresivo.

1.7.8 METODOS ANTICONCEPTIVOS DEFINITIVOS

1.7.8.1 OCLUSION TUBARIA BILATERAL

1.7.8.1.1 DESCRIPCION

Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión tubaria bilateral de las trompas uterina con el fin de evitar la fertilización.

1.7.8.1.2 EFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA

-Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

1.7.8.1.3 INDICACIONES

Este procedimiento está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas que deseen un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones:

- Paridad satisfecha
- Razones médicas
- Retardo mental

1.7.8.1.4 CONTRAINDICACIONES

- Enfermedad inflamatoria pélvica activa

1.7.8.1.5 PRECAUCIONES

- Embarazo o sospecha de embarazo
- Discrasias sanguíneas no controladas
- Anemia severa
- En el posparto, cuando el neonato presente problemas de salud que comprometen su supervivencia.
- Falta de movilidad uterina (adherencias).

1.7.8.1.6 FORMA DE APLICACION

1.7.8.1.7 TIEMPO DE REALIZACION

Este procedimiento puede realizarse en el intervalo, posparto, transcesárea y posaborto.

1.7.8.1.8 ANESTESIA

Se debe indicar, según el caso, anestesia local más sedación, bloqueo epidural o anestesia general.

Se debe recomendar anestesia local más sedación en el posparto, posaborto e intervalo.

1.7.8.1.9 LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA PRESCRIPCION

- Por ser de carácter permanente este método en particular requiere de:
- Un proceso amplio de consejería previa a su realización
 - Autorización escrita del consentimiento informado de la usuaria (firma o huella dactilar) o de su representante legal.
 - Valoración del riesgo quirúrgico y cuando proceda del riesgo anestésico.
 - La oclusión tubaría bilateral debe efectuarse por personal médico debidamente capacitado para su realización.
 - El procedimiento puede efectuarse en cualquier día del ciclo menstrual, cuando se esté razonablemente seguro de que no haya embarazo.

- El procedimiento puede manejarse como cirugía de corta estancia en el puerperio de bajo riesgo, en el posaborto y en el intervalo.
- El procedimiento se debe realizar bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecida.
- Siempre que se cumplan los criterios para la selección del método, la edad y paridad de la mujer no serán factores de contraindicación del método.

1.7.8.1.10 EFECTOS COLATERALES

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.
- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural o anestesia general) o quirúrgico (hemorragia o infección).

1.7.8.1.11 EFECTOS DE LA USUARIA

- Las revisiones subsecuentes deben programarse; la primera se debe efectuar durante la primera semana poscirugía para revisión de la herida quirúrgica. Se debe instruir a la paciente para que acuda a consulta si se presenta cualquiera de las siguientes situaciones:
 - Sintomatología urinaria
 - Dolor pélvico, abdominal o torácico severo
 - Hemorragia en la herida quirúrgica
 - Fiebre y dolor local en la herida quirúrgica.

En caso de no existir complicaciones, las siguientes revisiones se deben efectuar cada año, en las cuales, siempre que sea posible, se efectuará toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou).

1.7.8.2 VASECTOMIA

1.7.8.2.1 DESCRIPCION

Es un método anticonceptivo permanente para el hombre, que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides.

1.7.8.2.2 EFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA

- Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

1.7.8.2.3 INDICACIONES

Este procedimiento está indicado para hombres en edad fértil con vida sexual activa, que deseen un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones:

- Fecundidad satisfecha
- Razones médicas
- Retardo mental

1.7.8.2.4 CONTRAINDICACIONES

- Criptorquidia
- Antecedentes de cirugía escrotal o testicular
- Historia de impotencia

1.7.8.2.5 PRECAUCIONES

- Infección en el área operatoria
- Hidrocele
- Varicocele
- Filariasis (escroto engrosado)
- Hernia inguino escrotal
- Enfermedades hemorrágicas

1.7.8.2.6 FORMA DE APLICACION

1.7.8.2.7 TIPOS DE TECNICA QUIRURGICA

Hay dos tipos de procedimientos: la técnica tradicional (con bisturí y la de LI (sin bisturí).

1.7.8.2.8 TECNICA TRADICIONAL CON BISTURI

Es un procedimiento quirúrgico, por el cual se ligan, seccionan o bloquean los conductos deferentes a través de una pequeña incisión en el escroto.

1.7.8.2.9 TECNICA DE LI SIN BISTURI

Es un procedimiento quirúrgico, por el cual se ligan y seccionan los conductos deferentes a través de una pequeña punción en el rafe escrotal. En ambas técnicas puede utilizarse la electrofulguración para bloquear los conductos deferentes.

1.7.8.2.10 LINEAMIENTOS GENERALES PARA SU PRESCRIPCION

Por ser de carácter permanente, este método en particular requiere de un proceso amplio de consejería, previo a su realización.

- Autorización escrita del consentimiento informado del usuario (firma o huella dactilar) o de su representante legal.
- El procedimiento puede manejarse como cirugía ambulatoria en unidades de primer nivel de atención.
- El procedimiento se debe realizar bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas y con anestesia local.
- Siempre que se cumplan los criterios para la selección del método, la edad y fecundidad no serán factores de contraindicación.

1.7.8.2.11 EFECTOS COLATERALES

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.
- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico:
 - Equimosis
 - Infección de la herida quirúrgica
 - Granuloma
 - Hematoma

1.7.8.2.12 SEGUIMIENTO DEL USUARIO

Las revisiones subsecuentes deben programarse: la visita inicial se efectuará durante la primera semana poscirugía. Las siguientes se deben efectuar anualmente durante los primeros dos años o antes si el usuario lo considera necesario.

Se debe efectuar conteo de espermatozoides después de las primeras 25 eyaculaciones o tres meses después del procedimiento quirúrgico. En caso de ser positivo el conteo repetir al mes, si persiste positivo revalorar el caso. Durante este lapso se debe recomendar a la pareja el uso de otro método anticonceptivo que garantice efectividad. (69)

1.8 IMPLICACIONES DE LA SALUD REPRODUCTIVA Y DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

Existen múltiples variables que motivan o dan como consecuencia determinadas circunstancias, y que al combinarse ante el proceso salud-

(69) Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar, Mayo 1994. S.S.A.

enfermedad de la población en los niveles social, individual y familiar, tienen diferentes expresiones que pueden manejarse bajo puntos de vista social, psicológico y biológico.

1.8.1 IMPLICACIONES SOCIALES

En condiciones ideales, el crecimiento de una población debe darse en armonía con los recursos disponibles, ya que si el crecimiento se produce de modo acelerado y sostenido, se aumenta el grado de dificultad para atender los requerimientos básicos de la población como son la vivienda, servicios públicos, servicios de salud, educación y fuentes de empleo.

La sobrepoblación es sin duda más grave en las grandes ciudades por la migración de zonas rurales y pequeñas provincias a la ciudad, ante el espejismo de grandes oportunidades económicas, con lo que se propicia la formación de cinturones de miseria, en donde las condiciones del "stress" crónico que disminuye la resistencia a enfermedades, y aumenta la proporción de neurosis y agresividad en la población.

La falta de acceso a los servicios médicos, la capacidad económica limitada, la educación, la cultura y la ilegitimidad, están consideradas dentro de las variables sociales mayormente relacionadas con la salud reproductiva.

La falta de acceso a los servicios médicos es un elemento de gran peso que incide en el grupo materno-infantil. Al respecto se observa que los niños del área rural tienen una probabilidad de morir dos veces mayor que los del área urbana, si se considera que la tasa de mortalidad es de 73 y 30 por mil respectivamente en el año de 1984, pues la no identificación oportuna de riesgos da como consecuencia una inadecuada atención médica prenatal, obstétrica y pedlátrica. La capacidad económica limitada condiciona la presencia de naemia crónica y un estado general de salud, con pocas posibilidades para mantener una salud reproductiva.

Por otra parte, la educación y los factores culturales ejercen una influencia directamente proporcional en las diferentes etapas o momentos en la vida reproductiva, a través del uso de métodos anticonceptivos y de la atención prenatal y onstétrica; predisponiendo tanto a la mujer como al producto a daños orgánicos severos.

Finalmente, la ilegitimidad que ante un embarazo generalmente significa falta de apoyo económico para la madre, además de importantes conflictos emocionales y sociales; con mucha frecuencia conducen el aborto.

1.8.2 IMPLICACIONES PSICOLOGICAS

La salud reproductiva considera, de manera muy especial, la educación sexual en la cual, además de manejarse la capacidad procreativa humana, tiene que ver sobre todo con la forma de relacionarse, ya sea como mujer o como hombre, y por esto mismo debemos entender que la sexualidad tiene un ámbito muy amplio.

Desde los primeros días de la vida hasta los últimos, la educación sexual abarca todas las etapas por las que atraviesa el ser humano, influyendo en todas nuestras actividades en forma particular, de acuerdo a las circunstancias personales del entorno y experiencias vividas.

Aunque cada persona proviene de un núcleo o grupo con el que sus intereses o valores pueden coincidir familiar o socialmente, también podrá diferir sin adecuarse totalmente. Ninguna persona llega a ser simplemente, la repetición de un modelo ya existente.

Algunos valores permanecen, otros se van modificando a lo largo de la vida; unos se pierden, otros se adquieren y otros más los van creando uno mismo.

Dentro de los factores que influyen de manera directa en la función reproductiva, generalmente se reconocen la madurez biológica y el estado civil de la persona, por considerar que éstos cumplen las condiciones necesarias para el desempeño de la actividad sexual o la reproducción.

Pero si queremos dar un enfoque integral debemos entonces hacer referencia a otros aspectos que también juegan un papel importante: el conocimiento, aceptación y confianza que se tenga de sí mismo; el conocimiento, aceptación y respeto hacia la pareja y hacia los demás; la identificación y comprensión clara de sus expectativas y alcances tanto individual como de pareja, y finalmente, la capacidad de adaptación o responsabilidad ante la vida sexual activa o la reproducción humana.

Y justamente, tomando en cuenta la percepción individual de valores y conductas, nos referimos solamente a algunos de los problemas que surgen con mayor frecuencia.

El embarazo no deseado, por ejemplo; es muy frecuente en México; muchas mujeres se embarazan sin desearlo y muchos hombres tienen relaciones sexuales con su pareja, o fuera de ella, sin ninguna intención de procrear.

Al surgir el embarazo no deseado, la pareja puede aceptarlo forzosamente o por el contrario puede decidirse por un aborto.

En el primer caso, aun cuando la gestación se desarrolle en condiciones favorables, la pareja y en especial la mujer, se enfrentan a una serie de angustias y temores que se exaltan por la no aceptación del embarazo, y esta situación, además de incrementar los riesgos propios del embarazo y del parto, va a alterar la relación con la pareja y con el producto.

Finalmente, aunque el niño llegue en condiciones desfavorables, no necesariamente será infeliz en la vida; puede ser feliz, tener éxito, etc., pero la reacción de rechazo motiva una serie de circunstancias que afecten la atención, cariño y estimulación, vitales para el desarrollo del niño, manifestándose carencias que van desde la timidez, inseguridad y poca tolerancia a la frustración o agresividad.

Cuando la mujer decide continuar un embarazo no deseado, cursará su maternidad en una atmósfera de reprobación, resignación y frustración, debido a las restricciones que éste implica, que pueden ir desde la limitación hasta la renuncia a expectativas de índole personal, ya sea de trabajo, estudio o de organización familiar.

En la mayoría de estos casos se altera la relación con la pareja y en ocasiones el deterioro es tan importante que llega hasta el fin de la vinculación, dando paso a que la mujer se convierta en madre soltera o esposa abandonada, con lo que se pueden provocar sentimientos de inferioridad y menosprecio, acentuándose los temores a una complicación de salud en el hijo o en su embarazo y parto.

En cuanto al aborto provocado, puede afirmarse que siempre será una consecuencia del embarazo no deseado, además de que siempre es la salida de emergencia de una situación de serio conflicto, porque en verdad no hay hombre o mujer que gocen con un aborto.

La mujer, ante esta experiencia, con frecuencia enfrenta sentimientos de culpa que además agravan sus temores ante su futura fertilidad. Sufre también serios trastornos de orden psíquico, y confronta el dilema de compartir o no su secreto por temor al rechazo o aprobación, lo cual le crea confusión y deterioro de su imagen, disminuyendo su autoestima. Esta problemática puede ser superada en un período relativamente breve, pero en algunos casos estas secuelas pueden afectarla por muchos años.

Otro problema bastante común es el de las disfunciones sexuales que,

si bien pueden ser por causas biológicas, en la mayoría de los casos de origen psicológico, y que provocan la incapacidad de muchas mujeres y hombres para tener relaciones sexuales satisfactorias.

Esta situación es muy común y lamentablemente la pareja tiene una limitada o nula actuación para solucionarla, lo que se debe en gran parte a factores sociales y culturales.

En estos casos no existe la comunicación de pareja o es rechazada por alguno, ante lo cual generalmente la mujer desea una solución ginecológica y el varón opta por la evasión y búsqueda de una o más parejas.

Se puede llegar a tener relaciones sexuales en forma mecánica, pero en ellas estará ausente el gozo, la tranquilidad y la satisfacción profundamente humana.

La disfunción sexual impide la comunicación plena entre hombre y mujer; en muchos casos es causa de infertilidad con todas las consecuencias que esta implica; pero aún cuando no se desee la procreación, las expectativas íntimas como pareja sufren un deterioro que influirá negativamente con un resultado final de insatisfacción, que puede conducir al distanciamiento, a la separación o al divorcio, y en consecuencia a la afectación personal y de desintegración familiar.

1.8.3 IMPLICACIONES BIOLÓGICAS O MÉDICAS

Desde el punto de vista médico los factores que ofrecen un mayor riesgo en la morbilidad materna e infantil pueden agruparse en tres categorías: a) antecedentes generales, que nos permiten identificar algunas características de la conducta reproductiva, como la edad, multigravidez, intervalo intergenésico y peso corporal; b) antecedentes patológicos obstétricos que nos informan los casos e incidentes de tipo reproductivo, y c) antecedentes personales patológicos, a través de los cuales podrán establecerse un diagnóstico general de la embarazada y la conducta a seguir.

CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN EDADES EXTREMAS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, CON PERIODOS INTERGENESICOS BREVES Y MUJERES MULTIGESTAS

La edad de la madre sin duda juega un papel muy importante porque

independientemente de las condiciones socioeconómicas y de asistencia médica, la mortalidad aumenta notablemente en las edades extremas de la vida reproductiva.

Al analizar la edad de la madre al momento del nacimiento, se observó que los niveles de mortalidad infantil más elevados fueron los registrados en el grupo de mujeres de 35 años y más, con una tasa de 72.3 por mil nacidos vivos; en las madres menores de 20 años, la tasa es de 50.9 y es en el grupo de 20 a 29 años, donde existe el menor riesgo de muerte infantil con una tasa de 39.2.

Por lo tanto puede afirmarse que el período más recomendable para el embarazo es de los 20 a los 29 años de edad.

1.9 LA PLANIFICACION FAMILIAR COMO APOYO A LA SALUD REPRODUCTIVA

Para prevenir o combatir todos estos elementos o procesos que afectan la salud, ante la reproducción en este caso se requiere de la intersección de varios sectores, principalmente de aquellos que intervienen de una manera más directa en el medio ambiente y en los estilos de vida, a través de programas de desarrollo, de educación, de urbanización y otros programas.

Situándonos en nuestra área de trabajo, que es el Sector Salud, es obvio que a través de éste no podemos incluir en otros sectores; que no podemos tener una ingerencia directa en la modificación de factores ajenos a los programas de salud; sin embargo, en el área de nuestra competencia, el área de la salud, todos los que en ella participamos, de acuerdo a las diferentes funciones o actividades asignadas, podemos contribuir a modificar algunos elementos o situaciones en beneficio de una reproducción más sana.

Se puede hacer una larga lista de factores que deben ser modificados para el mejor otorgamiento de los servicios, en la cual se considera elementos que parten desde la formación individual y profesional del personal médico y paramédico hasta la efectividad real de los servicios otorgados a la población; sin embargo, para este momento, para las oportunidades de cambio a corto y mediano plazos y ante la posibilidad de una participación extensa en todos los niveles, es bastante oportuna la flexión sobre la actitud e interacción del proveedor de servicios para con los pacientes o usuarios.

1.9.1 ACCIONES DE PLANIFICACION FAMILIAR QUE CONTRIBUYEN A LA SALUD REPRODUCTIVA

- a) Educación para el autocuidado de la salud.
- b) Orientación sexual a los adolescentes
- c) Orientación anticonceptiva preferente a mujeres en edad fértil no embarazadas con riesgo reproductivo
- d) Actitud positiva del proveedor de los servicios, y
- e) Fomentar el interés y actualización del personal médico y paramédico. (70)

(70) Planificación Familiar y Salud Reproductiva.

2.- RESULTADOS

CUADRO No. 1

Edad de las mujeres entrevistadas que pertenecen a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.

EDAD	Fo.	%
15-19	64	35.5
20-24	52	28.9
25-29	34	18.9
30-34	14	7.8
35-39	11	6.1
40-44	3	1.7
45 y más	2	1.1
Total	180	100.0

Fuente: Encuestas realizadas entre los meses de mayo-agosto de 1995.

CUADRO 1

Analisis

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos observar que el 35.5% de las mujeres entrevistadas son de 15 a 19 años de edad, el 28.9% lo ocupan de 20 a 24 años, el 18.9% lo tienen de 25 a 29 años, el 6.1% pertenece al de 35 a 39 años, el 1.7% de 40 a 44 años y el 1.1.% es de 45 y más años, de lo cua se puede señalar que el 64.4% son mujeres que inician su vida sexual activa a temprana edad, por lo tanto tienen mayor riesgo de mortalidad materno-infantil ya que la edad es un factor significativo y el 8.9% son mujeres que se embarazan en edad no ideal para la reproducción por falta de orientación y por lo tanto dan origen a partos prematuros, anemias, desnutrición, preclampsias y eclampsias y sólo un 26.7% de las mujeres se encuentran en edad fértil ideal para la reproducción.

CUADRO No. 2

Religión practicada por las mujeres pertenecientes a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.

RELIGION	Fo.	%
Católica	123	68.3
Evangelista	18	10.0
Testigo de Jehova	5	2.8
Otros	34	18.9
Total	180	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

CUADRO 2

En lo que corresponde a la religión practicada y la aceptación de la planificación familiar podemos observar que el 68.3% de las mujeres entrevistadas practican la religión católica un 18.9% practican otro tipo de religión (creyente, mormones y ateo), el 10.0% practican la religión evangelista y el 2.8% son testigos de Jehová.

Por lo tanto se puede señalar que la religión que predomina es la religión católica, la cual se opone a la planificación familiar y al uso de métodos anticonceptivos artificiales, pero aún así las mujeres consideran que el procrear hijos constituye un asunto de carácter totalmente personal, y ello nos dice que las mujeres aún con la religión que practican deciden utilizar métodos de planificación familiar en beneficio de ellas mismas.

CUADRO No. 3

Escolaridad de las mujeres entrevistadas pertenecientes a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.

ESCOLARIDAD	Fo.	%
Analfabeta	62	34.6
Prim. incompleta	28	15.5
Prim. completa	35	19.4
Sec. incompleta	23	12.7
Sec. completa	10	5.5
Otros	22	12.3
Total	180	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

CUADRO 3

En relación a la escolaridad de las mujeres entrevistadas; se encontró que el 34.6% son analfabetas, y el 19.4% cuentan con primaria completa, el 15.5% primaria incompleta, un 12.7% cuenta con secundaria incompleta, el 12.3% tienen otros estudios (carrera técnica o profesional) y un 5.5.% cursaron secundaria completa, por lo tanto se puede observar que la educación desempeña un papel importante en la forma en que la mujer percibe su realidad, a menor instrucción las expectativas de vida no van encaminadas hacia el progreso económico y el desarrollo personal y de esta manera no puede valorar los beneficios de la planificación familiar

CUADRO No. 4

Estado civil de las mujeres que pertenecen a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.

ESTADO CIVIL	Fo.	%
Soltera	61	33.9
Casada	85	47.2
Unión libre	34	18.9
Total	180	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

CUADRO 4

En relación al estado civil de las mujeres en estudio se puede observar que el 47.2% son casadas, el 33.9% son solteras y un 18.9% viven en unión libre, por lo tanto se puede observar que no es necesario estar casado para tener vida sexual activa, pues al entrevistar mujeres que cursan preparatoria consideran que si se pueden tener relaciones aún sabiendo que en la sociedad no es bien visto, por lo que sus padres no están al tanto de esta situación ya que de cualquier manera, las obligarian a vivir con su pareja o bien les exigirían casamiento; ya que se conoce de sobra que en las áreas rurales predominan aún las ideas y costumbres de contraer nupcias a temprana edad.

CUADRO No. 5

Ocupación de las mujeres entrevistadas que pertenecen a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.

OCUPACION	Fo.	%
Hogar	60	33.3
Comerciante	12	6.6
Empleada	20	11.3
Otras	88	48.8
Total	180	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

CUADRO 5

En cuanto a la ocupación que desempeñan las mujeres entrevistadas se encontró que un 48.8% se dedican a otros empleos (costureras, jornaleras, etc.) el 33.3% se dedican al hogar, un 11.3% son empleadas y un 6.6% son comerciantes, por lo que podemos observar que la participación de las actividades que desempeñan las mujeres influyen positivamente en la planificación familiar ya que no desean tener muchos hijos lo cual refieren que no pueden dedicarles el tiempo suficiente, así mismo existe un porcentaje significativo de mujeres dedicadas al hogar lo cual da lugar a tener un gran número de hijos debido a que no tienen otro tipo de labor

CUADRO No. 6

Ingreso económico mensual de las mujeres entrevistadas, que pertenecen a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.

INGRESO ECONOMICO MENSUAL	Fo.	%
Menos de un salario mínimo	76	42.3
Un salario mínimo	78	43.3
Dos salarios mínimos y más	26	14.4
Total	180	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

CUADRO 6

En cuanto al ingreso económico mensual de las mujeres entrevistadas se observó que el 43.3% cuentan con un salario mínimo, un 42.3% cuentan con menos de un salario mínimo y sólo un 14.4% cuentan con dos salarios mínimos y más, por lo tanto podemos señalar que la diferencia de salarios se debe a las actividades que realizan las mujeres en el campo o como costureras, jornaleras, comerciantes y empleadas y su salario depende del tiempo que trabajen, así mismo la consideramos como un factor limitante para la aceptación de la Planificación Familiar.

Ya que un 22.8% de las mujeres refieren que el servicio de planificación familiar tiene algún costo, debido a que al acudir a consulta de planificación familiar piensan que se les cobrará el servicio o bien tienen que comprar su método de control.

CUADRO No. 7

Número de hijos que tienen las mujeres pertenecientes a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.

NUMERO DE HIJOS	Fo.	%
0	13	7.2
1	8	4.4
2	9	5.0
3	7	3.9
4	24	13.3
5	48	26.7
6	19	10.6
7	16	8.9
8	21	11.7
9	5	2.8
10 y más	10	5.5
Total	180	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

CUADRO 7

En lo que corresponde al número de hijos que tienen las mujeres encuestadas podemos observar que el mayor porcentaje corresponde al 26.7% con 5 hijos, siguiendo los que tienen un 13.3% con 4 hijos, un 11.7% las que tienen 8 hijos, el 10.6% con 6 hijos, un 8.9% con 7 hijos, el 7.2% lo ocupan las que no tienen hijos, encontrándose el 5.5% las que tienen 10 y más hijos, el 5.0% las que tienen 2 hijos, un 4.4% con un hijo, el 3.9% con 3 hijos y finalmente el 2.8% con 9 hijos, cifras significativas que nos permiten observar que las mujeres no están concientes de las ventajas de tener pocos hijos dadas las condiciones en que viven, así mismo los factores que afectan la paridad de estas mujeres son el contraer matrimonio a muy temprana edad, la falta de instrucción, la influencia numérica de la familia de la cual provienen, esto provoca que su reproducción comience a temprana edad, teniendo la posibilidad de tener un gran número de partos durante el resto de su vida fértil, además la ignorancia y la contribución del medio en el que viva; debido a las ideas y costumbres de las demás personas que colaboran hacia la no utilización de algún método anticonceptivo.

CUADRO No. 8

Concepto de Planificación Familiar que manejan las mujeres entrevistadas que pertenecen a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.

PLANIFICACION FAMILIAR	Fo.	%
Respuesta Correcta	58	32.2
Respuesta Incorrecta	122	67.8
Total	180	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

CUADRO 8

Referente al concepto de planificación familiar que manejan las mujeres encuestadas se encontró que el 67.8% no lo conocen ya que para ellas la planificación familiar es tener pocos hijos, cuidarse para no tener tantos hijos, y no tener hijos pronto. Y un 32.2% reportaron sí conocerlo.

Siendo que la planificación familiar se define como el derecho de toda persona de decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Observando de esta manera que las mujeres a pesar de la información recibida no concientizan sobre la importancia de la planificación familiar

CUADRO No. 9

Respuesta del concepto de control natal que manejan las mujeres entrevistadas que pertenecen a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.

CONCEPTO DE CONTROL NATAL	Fo.	%
Respuesta Correcta	3	1.7
Respuesta Incorrecta	177	98.3
Total	180	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

CUADRO 9

Relativo al concepto de control natal que manejan las mujeres encuestadas se observó que el 98.3% no lo conocen ya que para ellas control natal lo manejan como planificación familiar, control prenatal y algunas definitivamente no contestaron; y sólo un 1.7% su respuesta fué correcta. Siendo que control natal es la regulación y control de los nacimientos que se funda en la práctica que ayuda a disminuir los niveles de fecundidad con pleno respeto a la decisión y dignidad de cada pareja. De esta manera nos damos cuenta que a pesar de tener medios masivos de comunicación las mujeres no le toman importancia a la información que se les transmite sobre este concepto.

CUADRO No. 10

Respuesta del concepto de método anticonceptivo que manejan las mujeres entrevistadas que pertenecen a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.

CONCEPTO DE METODO ANTICONCEPTIVO	Fo.	%
Respuesta Correcta	34	18.8
Respuesta Incorrecta	146	81.2
Total	180	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

CUADRO 18

Respecto a la respuesta del concepto de método anticonceptivo que manejan las mujeres entrevistadas se encontró que el 81.2% su respuesta es errónea ya que manejan este concepto como planificación familiar o bien especifican un tipo de método y un 18.8% su respuesta fue correcta, considerando que métodos anticonceptivos son aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente. Observando así que una cifra significativa de mujeres no captan la información que se les proporciona sobre los métodos; por lo que es necesario ofrecer una consejería correcta acerca de las diferentes modalidades, pero siempre con un absoluto respeto a la ideología de la pareja, en lo que se incluyan factores tradicionales y culturales.

CUADRO No. 11

Métodos anticonceptivos conocidos por parte de las mujeres entrevistadas que pertenecen a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.

METODO ANTICONCEPTIVO	Fo.	%
Pastillas	40	22.2
Inyección	19	10.5
D.I.U.	54	30.0
Condón	30	16.8
Salpingoclasio	2	1.1
Vasectomía	0	0
Ninguno	35	19.4
Total	180	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

CUADRO 11

En cuanto al conocimiento de métodos anticonceptivos tenemos que el 30.0% de las mujeres conocen el D.I.U., el 22.2% conocen las pastillas, un 19.4% no tienen conocimiento de algún método anticonceptivo, el 16.8% conocen el condón, el 10.5% la inyección, el 1.1% conocen el salpingoclasia y el 0.0% no tienen conocimiento de la vasectomía, por lo tanto se puede observar que las mujeres tienen deficiente conocimiento de los métodos anticonceptivos ya que a pesar de utilizarlos no tienen una información previa por lo que ellos tienen el derecho de estar educadas y orientadas sobre dichos métodos.

Así mismo se refleja que la Secretaría de Salud sólo promociona los métodos que ella otorga, no les hace promoción a los métodos naturales, debido a que son de baja confiabilidad.

CUADRO No. 12

**Métodos anticonceptivos empleados por las mujeres entrevistadas
que pertenecen a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y
Tasquillo del Estado de Hidalgo**

METODOS EMPLEADOS	Fo.	%
Pastillas	9	5.0
Inyección	5	2.8
D.I.U.	21	11.7
Condón	12	6.6
Salpingoclasio	5	2.8
Vasectomía	0	8.9
Ninguno	128	71.1
Total	180	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

CUADRO 12

Por lo que corresponde al empleo de algún método anticonceptivo se encontró que el 71.1% no utilizan métodos y sólo un 28.9% si utilizan, por lo que se observa que ello va relacionado con la ausencia del marido que emigró a los Estados Unidos obligando a la mujer a suspender el método o bien utilizarlo al regreso del mismo, por consiguiente es la deficiente información y el desacuerdo de su marido lo que a su vez es indicativo de múltiples creencias y concepciones culturales que maneja la pareja.

Otros piensan que son dañinos para la salud y sólo utilizan los que tienen mayor transmisión por lo medios masivos de comunicación, así como los que otorga la Secretaría de Salud.

CUADRO 12

Por lo que corresponde al empleo de algún método anticonceptivo se encontró que el 71.1% no utilizan métodos y sólo un 28.9% si utilizan, por lo que se observa que ello va relacionado con la ausencia del marido que emigró a los Estados Unidos obligando a la mujer a suspender el método o bien utilizarlo al regreso del mismo, por consiguiente es la deficiente información y el desacuerdo de su marido lo que a su vez es indicativo de múltiples creencias y concepciones culturales que maneja la pareja.

Otros piensan que son dañinos para la salud y sólo utilizan los que tienen mayor transmisión por lo medios masivos de comunicación, así como los que otorga la Secretaria de Salud.

CUADRO No. 13

Personas que influyen en las mujeres entrevistadas para aceptar la planificación familiar que pertenecen a los módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo en el Estado de Hidalgo.

PERSONAS QUE INFLUYEN	Fo.	%
Esposo	38	21.1
Familia	70	38.8
Medio en el que vive	20	11.3
Ninguno	52	28.8
Total	180	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

CUADRO 13

En cuanto a las personas que influyen en las mujeres entrevistadas para aceptar la planificación familiar podemos observar que en un 38.8% influye la familia, en un 28.8% ningún miembro influye, en un 21.1% el esposo, y un 11.3% influye el medio en el que vive, por lo tanto se muestra que los factores principales que influyen en la decisión de estas mujeres para no utilizar algún método anticonceptivo depende del ambiente familiar y social en el que viven.

Muchas mujeres encuestadas solteras utilizan los métodos de planificación familiar, pero se culpan de que no se enteren sus padres, ya que las obligan a vivir con su pareja y así mismo ser rechazadas por la sociedad.

CUADRO No. 14

Razones por las cuales las mujeres entrevistadas no utilizan los métodos anticonceptivos pertenecientes a los módulos de Alfajuyucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.

RAZONES	Fo.	%
Falta de información o información distorsionada	30	16.7
Su esposo no está de acuerdo	27	15.0
Emigró su esposo	33	18.3
Problemas de salud	7	3.9
Por miedo	2	1.1
Desea embarazarse	9	5.0
No ha sido necesario	20	11.1
Utilizan un método	52	28.9
Total	180	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

CUADRO 14

En lo que corresponde a las razones por las cuales las mujeres entrevistadas no han utilizado algún método anticonceptivo observamos que el 18.3% no lo utilizan por ausencia del conyuge, un 16.7% por falta de información e información distorcionada, el 15.0% su esposo no está de acuerdo, el 11.1% refieren que no ha sido necesario ya que son mujeres solteras o por no tener conyuge estable, o bien por presentar periodos intergesivos largos, un 5.0% desean embarazarse, el 3.9% por problemas de salud, y el 1.1% no lo utilizan por miedo.

Por lo tanto podemos señalar que los factores principales que influyen en la decisión de estas mujeres para no utilizar algún método anticonceptivo, dependen del ambiente familiar y social en el que viven.

Los que más contribuyeron son que algunas mujeres desconocen por completo que es la planificación familiar, los métodos anticonceptivos y los beneficios que les pueden aportar, hay otras mujeres que obtienen información de fuentes poco confiables que la distorcionan; ellas nos refieren que los métodos anticonceptivos provocan enfermedades graves como el cáncer, o disminuyen su valor como mujer u hombre; incluso que pueden causar la muerte. lo que ocasiona temor a utilizarlos.

CUADRO 14

En lo que corresponde a las razones por las cuales las mujeres entrevistadas no han utilizado algún método anticonceptivo observamos que el 18.3% no lo utilizan por ausencia del conyuge, un 16.7% por falta de información e información distorcionada, el 15.0% su esposo no está de acuerdo, el 11.1% refieren que no ha sido necesario ya que son mujeres solteras o por no tener conyuge estable, o bien por presentar periodos intergesivos largos, un 5.0% desean embarazarse, el 3.9% por problemas de salud, y el 1.1% no lo utilizan por miedo.

Por lo tanto podemos señalar que los factores principales que influyen en la decisión de estas mujeres para no utilizar algún método anticonceptivo, dependen del ambiente familiar y social en el que viven.

Los que más contribuyeron son que algunas mujeres desconocen por completo que es la planificación familiar, los métodos anticonceptivos y los beneficios que les pueden aportar, hay otras mujeres que obtienen información de fuentes poco confiables que la distorcionan; ellas nos refieren que los métodos anticonceptivos provocan enfermedades graves como el cáncer, o disminuyen su valor como mujer u hombre; incluso que pueden causar la muerte. lo que ocasiona temor a utilizarlos.

CUADRO No. 15

Conocimiento que tienen las mujeres entrevistadas sobre el costo que tiene el servicio de Planificación Familiar que pertenecen a los módulos Alfajayucan, Ixmiquilpan y Tasquillo del Estado de Hidalgo.

COSTO DE SERVICIO PLANIFICACION FAMILIAR	Fo.	%
Si	28	15.5
No	139	77.2
No sabe	13	7.3
TOTAL	180	100.0

Fuente: Misma del cuadro No. 1

CUADRO 15

En cuanto al conocimiento que tienen las mujeres entrevistadas sobre el costo que tiene el servicio de planificación familiar encontramos que el 77.2% sabe que no tiene costo alguno, un 15.5% refieren que si tiene un costo, mientras que el 7.3% manifiestan no saberlo, por lo tanto cabe señalar que es un factor más por el cual no acuden al servicio de planificación familiar, las mujeres que dijeron que si tiene costo el servicio de PF. fué porque al acudir a su consulta de cada mes la Institución no cuenta con los suficientes métodos anticonceptivos y ellas tienen que adquirir el método por su cuenta.

3.- CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Durante la prestación del Servicio Social en la que se participó en la Estrategia de Extensión de Cobertura en las comunidades de los módulos Alfajuyacan, Ixmiquilpan y Tasquillo se observó que el subsistema de planificación familiar tenía ciertas limitantes como el no ser aceptado en gran parte por la población por lo que esto era motivo de tener bajo porcentaje de usuarias.

De ahí que se decidió investigar "los factores que interactuaban en la aceptación del subsistema de planificación familiar".

Los objetivos que se plantearon son los siguientes:

-Analizar los factores que influyen para que las mujeres acepten el subsistema de planificación familiar de la E.E.C.

-Identificar el nivel de conocimientos sobre planificación familiar que tienen las mujeres de las comunidades

-Conocer el grado de conocimientos que tienen las mujeres en relación a los métodos anticonceptivos para la aceptación de la planificación familiar.

-Conocer el nivel socio-económico y cultural que tienen las mujeres en edad reproductiva de las comunidades.

-Proponer alternativas de solución al personal de salud, y a las mujeres para la aceptación del subsistema de planificación familiar, acorde a las condiciones de salud.

Las conclusiones a las que se llegaron son:

Con respecto a la edad se encontró que un 26.7% son mujeres que se encuentran en edad fértil ideal para la reproducción y un 73.3% son mujeres que se encuentran en edad fértil en la cual se exponen a mayores peligros dentro de su vida reproductora.

En cuanto a la religión y a la aceptación de la planificación familiar por parte de las mujeres se encontró que cual sea la religión que practican no intervienen en las decisiones que toman para aceptar o rechazar la planificación familiar.

En relación al nivel educativo se encontró que es muy bajo ya que la mayoría de las mujeres son analfabetas, esto se debe a que en estas zonas se considera que la mujer no debe estudiar más siendo el hogar la ocupación básica, debido a las costumbres donde el hombre es el que debe procurar el ingreso familiar.

En cuanto al estado civil de las mujeres entrevistadas el 47.2% son casadas y el resto viven en unión libre y son solteras, por lo que el estado civil no influye para que lleven vida sexual activa.

En base a la principal ocupación que desempeñan las mujeres es el hogar pues aún se encuentra muy arraigado en esta zona que la atención del hogar es la tarea propia de la mujer; sin embargo; existe la necesidad en que algunas mujeres tienen que desempeñar actividades en el campo cuando esto lo requiere.

En cuanto al ingreso económico de las mujeres hay una mínima participación económica, pues el nivel de vida en su mayoría es bajo ya que el ingreso mensual fluctúa en promedio de un salario mínimo y menos de un salario mínimo, que no cubren satisfactoriamente el gasto familiar y que en muchas ocasiones no es fijo dadas las condiciones laborales en las localidades.

En cuanto al número de hijos se encontró que existe un porcentaje elevado de mujeres que tienen de cuatro, cinco y ocho hijos y un porcentaje mínimo de mujeres que sólo tienen nueve, uno y tres hijos por lo que se puede deducir la no aceptación de la planificación familiar, debido a que no están concientes de las ventajas de tener pocos hijos dadas las condiciones en que viven.

De acuerdo al concepto de planificación familiar que manejan las mujeres, en el 32.2% de los casos sus respuestas son correctas, mientras que el 67.8% cuentan con un concepto erróneo ya que para ellas es tener pocos hijos, cuidarse para no tener tantos hijos y no tener hijos pronto.

En base al concepto de control natal en el 1.7% de los casos las mujeres contestaron correctamente, mientras que el 98.3% ignoraban su significado y algunas confundieron el concepto, con control prenatal o bien con planificación familiar.

Referente a la respuesta del concepto de método anticonceptivo por parte de las mujeres el 18.8% reportó si saberlo y un 81.2% su respuesta fue errónea pues tienen cierta confusión con lo que es la planificación familiar

La mayoría de las mujeres en estudio conocen los métodos anticonceptivos en forma superficial y un 19.4% refieren no conocerlo.

Referente al empleo de los métodos anticonceptivos por parte de las mujeres se encontró que sólo el 28.9% si utilizan un método, mientras que el 71.1% no utilizan ningún método por múltiples creencias y concepciones culturales que maneja la pareja.

En cuanto a la influencia que tienen las mujeres para aceptar la planificación familiar que encontró que el 11.3% influye el medio en el que vive, mientras que el 38.8% tiene gran influencia la familia en sus decisiones para planificar.

Con respecto a las razones por las cuales las mujeres no utilizan los métodos anticonceptivos las principales causas son; porque el esposo emigró, por falta de información e información distorsionada y porque refieren ellas que no ha sido necesario, lo que refleja la disminución de la aceptación de los métodos anticonceptivos.

Otro aspecto importante es el que tienen las mujeres al referir si el servicio de planificación familiar tiene algún costo por lo que se encontró 77.2% refieren no tener costo alguno, mientras que el 15.5% refieren que si debido a que cuando no se les dota de su método tienen que adquirirlo por su cuenta y un 7.3% refieren no saberlo, debido a que no acuden al servicio.

Al término de esta investigación identificamos que los elementos religiosos no ejercen gran influencia en la población para la aceptación de los métodos anticonceptivos ya que no son tan sólidos como lo eran antes.

El principal factor que más afecta en la aceptación de los métodos anticonceptivos es el nivel socio-económico, así como la baja información que tiene la mayor parte de la gente en esta área. No obstante el subsistema de planificación familiar ha tenido una respuesta favorable por una porción de la población de los tres módulos debido a la promoción realizada dentro de la comunidad.

En base a lo anterior se considera que los objetivos planteados para este estudio se alcanzaron en su totalidad.

4.- ALTERNATIVAS DE SOLUCION

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

- Capacitación constante y eficaz del personal de salud que manejan métodos anticonceptivos, así como el utilizar estrategias nuevas como sociodramas, demostraciones, feria de la salud, para mejorar la calidad del servicio de planificación familiar.
- Fomentar la capacitación activa de la Auxiliar de Salud dentro de los cuatro subsistemas de la Estrategia de Extensión de Cobertura, evitando así que la auxiliar dependa de la supervisora para llevar a cabo sus actividades así mismo que se considere a la auxiliar de salud como un miembro más del equipo de salud ante su comunidad.
- Que la auxiliar de salud participe al 100% en las actividades que se realizan en la E.E.C.; así como realizar recursos didácticos (periódicos murales, carteles, rotafolios, etc.) todo lo anterior realizarlo bajo supervisión.
- Realizar promoción a través de visitas domiciliarias sobre el subsistema de planificación familiar por parte de la auxiliar de Salud, así como por el equipo de módulo, haciendo énfasis en aquellas mujeres que no son usuarias, teniendo la seguridad de que la información que se proporcione sea veraz y oportuna, o bien modificar ideas erróneas que tienen sobre la planificación familiar y de esta manera aumentar el número de usuarias.
- Elaborar un programa específico sobre orientación sexual de acuerdo a la etapa a quien va dirigido como escolares (5o. y 6o. grado de primaria y adolescencia (secundarias) joven adulto (preparatoria) así como a mujeres y hombres en edad fértil.
- Dotar la cantidad adecuada de métodos anticonceptivos a los módulos ya que se tiene la responsabilidad de distribuirlos a las comunidades correspondientes, por lo que las usuarias no deben quedar sin su método de control, para que este no sea el motivo de rechazo hacia la planificación familiar.
- Fomentar la planificación familiar respetando los derechos humanos sin forzar a la gente a usar anticonceptivos sino dirigirlos a educarlos y convencerlos que es para su propio beneficio y el de su familia.

- El educar a la población sobre el uso de los métodos anticonceptivos implica el darles a conocer su forma de administración, precauciones, contraindicaciones y la importancia de la vigilancia médica periódica.
- Es necesario que la coordinadora de planificación familiar a nivel jurisdiccional realice supervisiones por lo menos una vez a la semana a las comunidades donde se detecte menor número de las usuarias o bien donde existan mayores limitaciones por parte de la población.

GLOSARIO

GLOSARIO DE TERMINOS

AMENORREA: Ausencia de menstruación por más de 90 días.

CALIDAD DE SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR: Se define en término de la forma en que los individuos y las parejas reciben, atención por el Sistema de Servicios de Planificación Familiar. Esta definición incorpora seis elementos; variedad de métodos anticonceptivos disponibles para la decisión, información que se proporciona a los usuarios, competencia técnica de los prestadores de servicios, relaciones interpersonales de los prestadores de servicio y los usuarios, mecanismos de seguimiento para favorecer la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos y un conjunto apropiado de servicios de salud que incluyan los de planificación familiar.

CICLO MENSTRUAL: Período de 28 ± 5 días comprendido entre dos menstruaciones durante el cual se lleva a cabo la maduración de folículos ováricos, la ovulación y la formación de un cuerpo lúteo.

CONTRAINDICACION: Es la situación de riesgo a la salud por la cual no se debe administrar, aplicar y practicar un método anticonceptivo.

DISPONIBILIDAD DE METODOS ANTICONCEPTIVOS: Posibilidad cierta de los usuarios para obtener los métodos anticonceptivos en las instituciones del Sistema Nacional de Salud o para adquirirlos en las farmacias del país.

EDAD FERTIL O REPRODUCTIVA: Etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.

EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA: Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, en un periodo de un año.

FACTOR DE RIESGO: Características o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociados con un aumento de la probabilidad de ocurrencia de un daño.

INDICACION: Prescripción o aplicación de un método anticonceptivo de acuerdo a las necesidades, características y factores de riesgo para la salud de el o la aceptante.

PLANIFICACION FAMILIAR: Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la edad y el estado social o legal de las personas.

RIESGO REPRODUCTIVO: Probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil, como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.

SALUD REPRODUCTIVA: Es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción, así como en el ejercicio de la sexualidad.

USUARIO: Persona que utiliza un método anticonceptivo temporal o le ha sido practicado alguno de los métodos anticonceptivos permanentes.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

CEDULA DE ENTREVISTA

OBJETIVO: Detectar los factores que interactúan en las parejas para la aceptación del subsistema de planificación familiar

NOTA: La información proporcionada será confidencial, se efectuará con fines de investigación.

INSTRUCCIONES: Conteste brevemente las siguientes preguntas.

FICHA DE IDENTIFICACION

Sexo _____ Edad _____
Religión _____ Estado Civil _____

1.- ¿Qué es la planificación familiar?

2.- ¿Que es para usted control natal?

3.- ¿Que es un método anticonceptivo?

4.- ¿Conoce usted algún método anticonceptivo?

Si _____ No _____

En caso de contestar sí, ¿Cuales? _____

5.- ¿Usa algún método anticonceptivo?

Si _____ ¿Cual? _____
No _____ ¿Porque? _____

6.- ¿Creé usted qué el servicio de planificación familiar tiene algún costo?

Si _____ No _____

7.- ¿Cuánto es su ingreso económico por semana?

- a) Menos de un salario mínimo.
- b) Un salario mínimo.
- c) Dos salarios mínimos y más.

8.- ¿Que grado de estudios tiene?

- a) Analfabeta
- b) Primaria incompleta
- c) Primaria completa
- d) Secundaria incompleta
- e) Secundaria completa
- f) Otros.

9.- ¿Que personas influyen en usted para aceptar la planificación familiar?

- a) Familia
- b) Medio en el que vive (vecinos)
- c) Otros, especificar _____

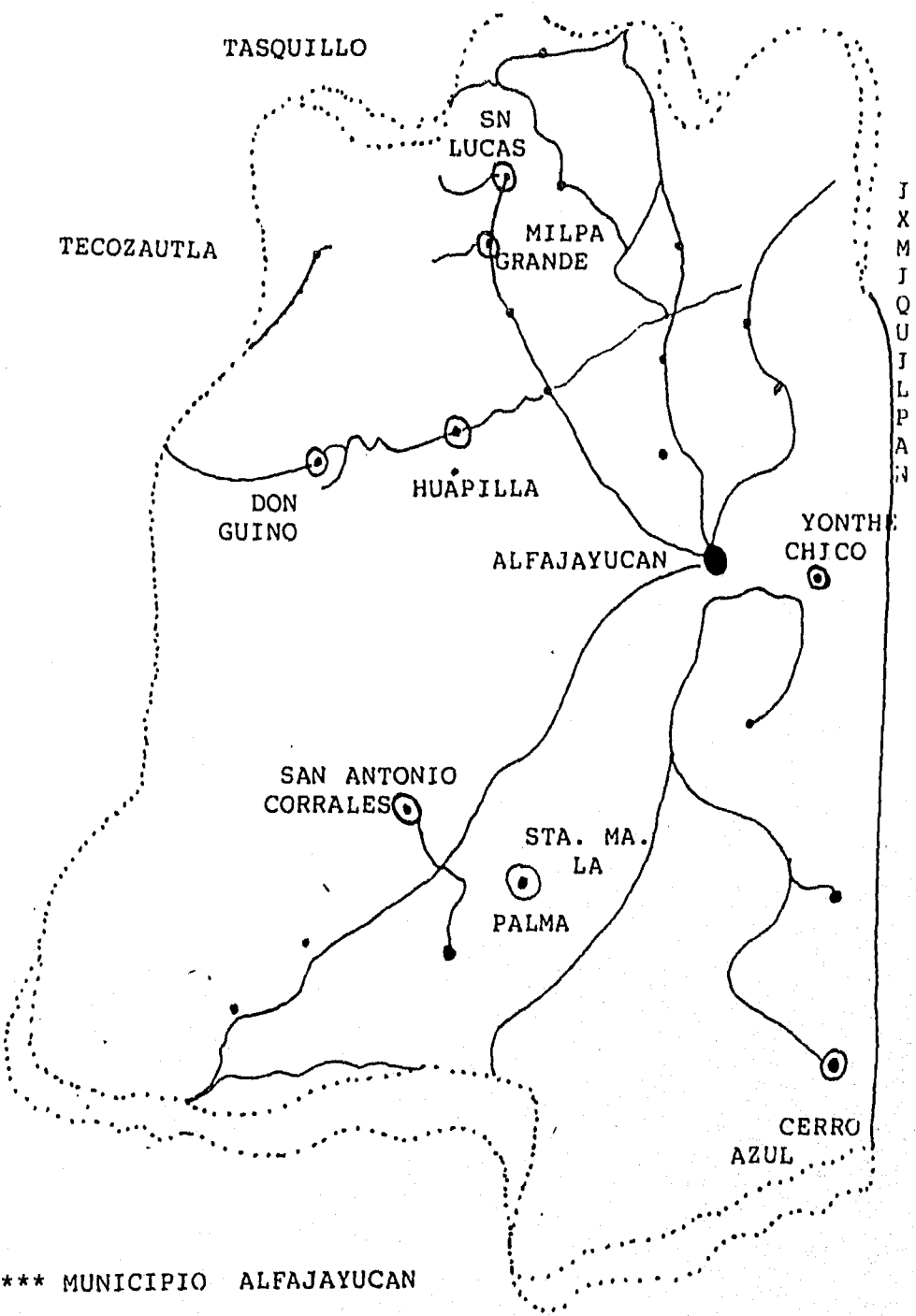
10.- ¿Que oficio desempeña usted?

- a) Campesino
- b) Albañil
- c) Jornalero
- d) Otro

* 11.- ¿Cuáles son las causas que considera usted, influyen para no aceptar la planificación familiar?

- a) Religión
- b) Cuestiones económicas
- c) Porque su pareja no está de acuerdo
- d) Desea tener más hijos
- e) Otros, especificar.

* Contestar sólo en caso de que no acepta la Planificación Familiar .



TASQUILLO

TECOZAUTLA

SN LUCAS

MILPA GRANDE

DON GUINO

HUAPILLA

ALFAJAYUCAN

YONTH CHJCO

SAN ANTONIO CORRALES

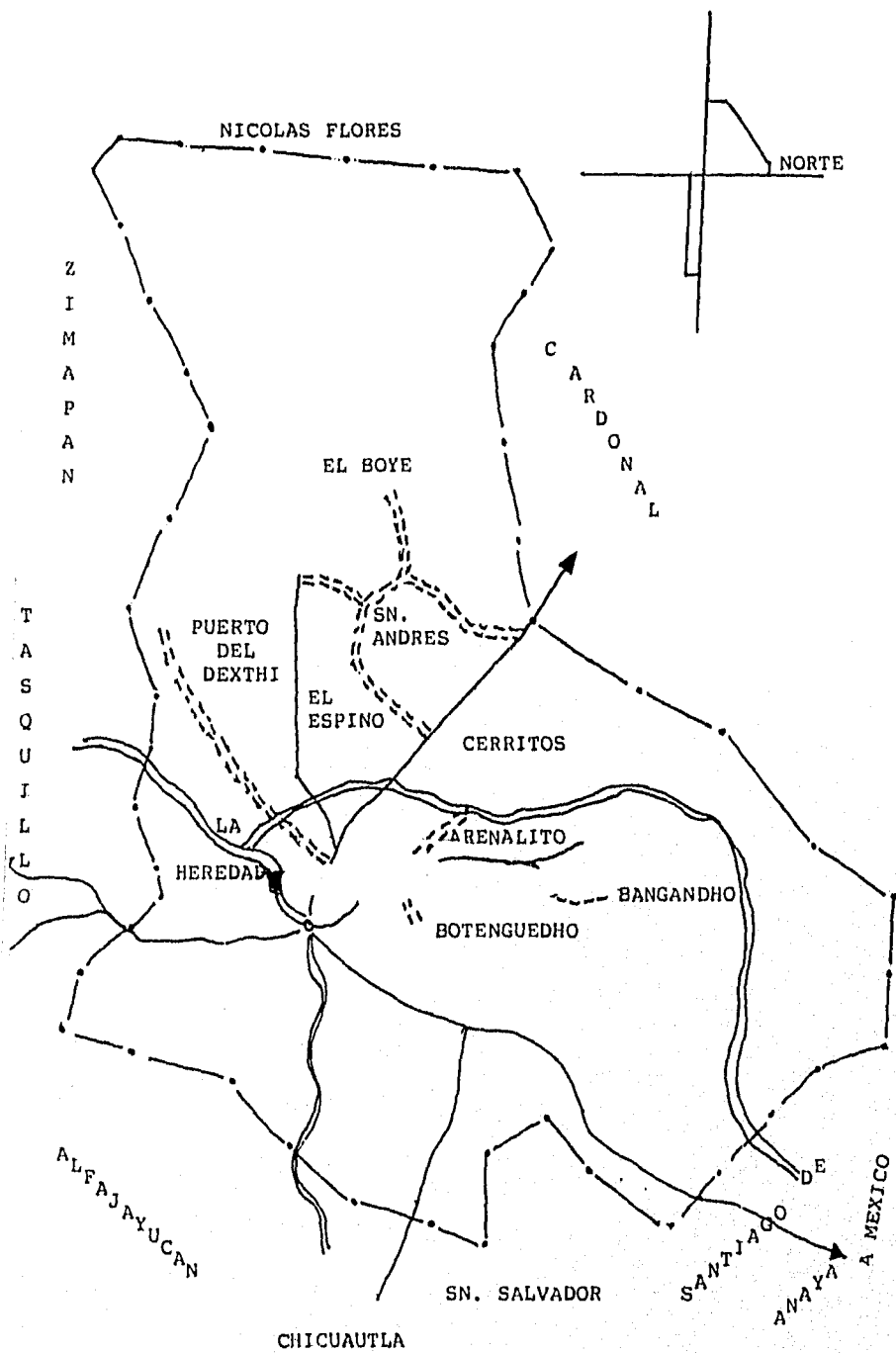
STA. MA. LA

PALMA

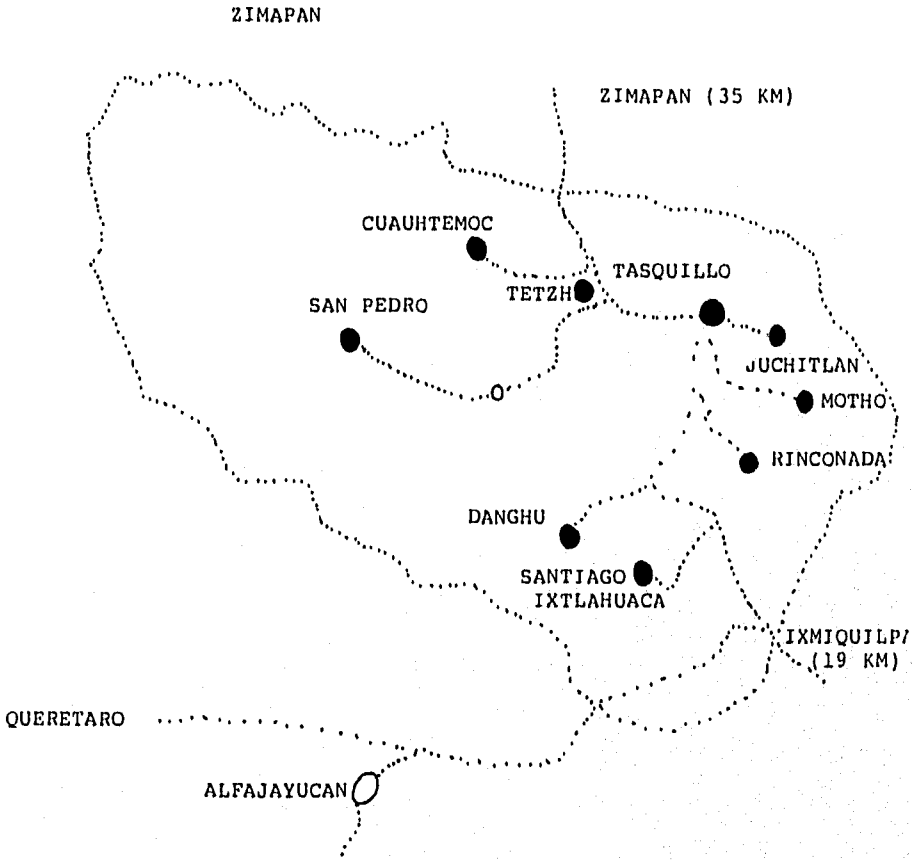
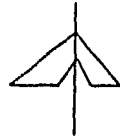
CERRO AZUL

J X M J Q U I J L P A N

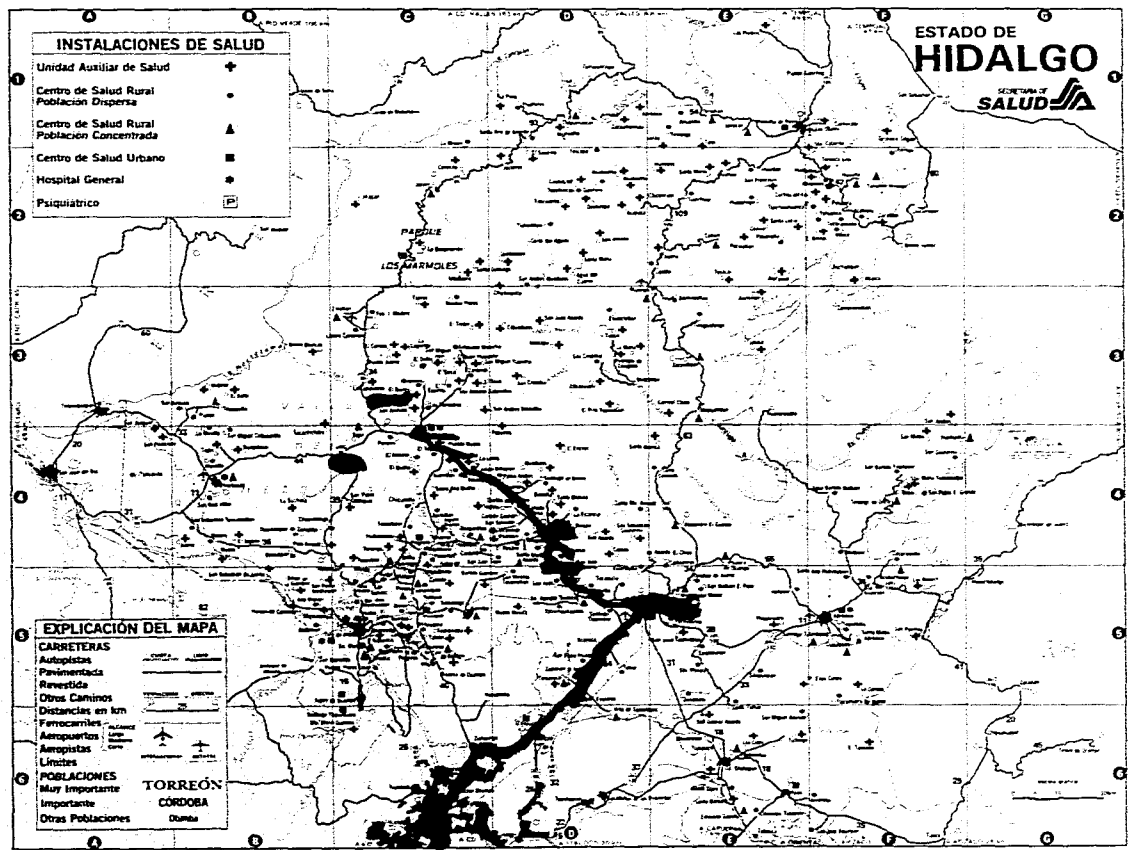
*** MUNICIPIO ALFAJAYUCAN



*** MODULO IXMIQUILPAN



*** MODULO TASQUILLO



BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Academia Mexicana de Investigación en Demografía, A.C. Temas de Planificación Familiar, Guías didácticas, México, 1986.
- Aguilar, Citlali, Textos y Pretextos de Once Estudios sobre la mujer, Ed. Colegio de México, 1991
- Alvarado, Lourdes. El Siglo XIX ante el Feminismo UNAM. México, 1991.
- Amado y Luarca Fernando. Coitla Márquez Ana María, Planificación Familiar y Salud, Curso Básico sobre Orientación Sexual y Planificación Familiar, S.S.A. Mayo 1987.
- Artículo 3o. de la Ley General de Salud. En el artículo 26 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- CONAPO. Programa Nacional de Población. 1989-1994.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ed. Dirección General de Gobierno. México 1992.
- Coordinación Nacional de Planificación Familiar, S.S.A., Compendio de Planificación, México, 1982.
- Chinoy, Ely. La Sociedad. Una Introducción a la Sociología. Ed. Fondo de la Cultura Económica. México 1966.
- De Ibarrola, María. Sociología de la educación. México 1986.
- Diario Oficial (31-XII-84) Artículo 4o. Constitucional.
- Dirección General de Planificación Familiar, S.S.A. Diagnóstico Sociodemográfico para el programa de Planificación Familiar México, 1986.
- Dirección General de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar S.S.A. Niveles de Atención para la Salud, Segunda Reunión Nacional, Guía de trabajo de Ginecología Obstetricia y Planificación Familiar México.
- Documento. Instituto de Estudios Políticos, Económicos y Sociales, Perfiles del Programa de Gobierno. 1989-1994.

BIBLIOGRAFIA

- Academia Mexicana de Investigación en Demografía, A.C. Temas de Planificación Familiar, Guías didácticas, México, 1986.
- Aguilar, Citali, Textos y Pretextos de Once Estudios sobre la mujer Ed. Colegio de México, 1991
- Alvarado, Lourdes. El Siglo XIX ante el Feminismo UNAM. México, 1991.
- Amado y Lueza Fernando. Coitía Márquez Ana María, Planificación Familiar y Salud, Curso Básico sobre Orientación Sexual y Planificación Familiar, S.S.A. Mayo 1987.
- Artículo 3o. de la Ley General de Salud. En el artículo 26 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- CONAPO. Programa Nacional de Población. 1989-1994.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ed. Dirección General de Gobierno. México 1992.
- Coordinación Nacional de Planificación Familiar, S.S.A., Compendio de Planificación, México, 1982.
- Chinoy, Ely. La Sociedad. Una Introducción a la Sociología. Ed. Fondo de la Cultura Económica. México 1966.
- De Ibarrola, María. Sociología de la educación. México 1986.
- Diario Oficial (31-XII-84) Artículo 4o. Constitucional.
- Dirección General de Planificación Familiar, S.S.A. Diagnóstico Sociodemográfico para el programa de Planificación Familiar México, 1986.
- Dirección General de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar S.S.A. Niveles de Atención para la Salud, Segunda Reunión Nacional, Guía de trabajo de Ginecología Obstetricia y Planificación Familiar México.
- Documento. Instituto de Estudios Políticos, Económicos y Sociales, Perfiles del Programa de Gobierno. 1989-1994.

- S.S.A. Dirección General de Planificación Familiar, Encuesta Nacional sobre fecundidad y salud 1987. Memoria de la reunión celebrada el 30 de septiembre de 1988, México, 1988.
- Entrevista con una mujer candidata a usuaria de planificación familiar de la comunidad de Alfajayucan. 10 de Mayo de 1995.
- S.S.A Estrategia de Extensión de Cobertura. México 1994.
- Figueroa, Beatriz. la fecundidad en México. Cambios y Perspectivas. Ed. El Colegio de México, México, 1989.
- Gally Esther. "Sexualidad Humana y Planificación Familiar". Ed. Pax-México, 1976.
- Gordon, Scorer. "Problemas éticos en medicina. Ed. Dayma. México 1983.
- Gori, M. Roberto. Ginecología. Ed. ElAteneo, 3a. Edición. México 1988.
- Lagarde Marcela. Cautiverios de las mujeres. Ed. UNAM. México 1990
- C. Levy, Claudine. Reflexiones en torno a la mujer, la familia y la educación. Ed. Universidad Pedagógica Nacional. México, 1990.
- Mondragón, Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada. Ed. Trillas. 2a. ed. México, 1985.
- Naghl, Mohammad. Administración de Programas de Planificación Familiar Ed. Limusa. México, 1994.
- S.S.A. Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar Mayo 1994.
- Novak R. Edmundo. Tratado de Ginecología. Ed. Interamericana 9a. Ed. México 1979.
- Olds B. Sally. Enfermería Materno Infantil. Ed. Interamericana, México, 1989.
- Organización Mundial de la Salud. Evaluación de las actividades de Planificación Familiar en los servicios de salud. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de informes técnicos. Ginebra 1975.
- Paz Octavio. El laberinto de la Soledad.

- Pick de Weils. Susan. Estudio Social Psicológico de la Planificación Familiar. Ed. Siglo XXI. México 1979.
- Quiroz Fernando. Tratado de Anatomía. Tomo III. Ed. Porrúa. 4a. ed. México. 1962.
- San Martín, Hernán, Salud y Enfermedad, 4a. ed. Ed. la Prensa Médica, Mexicana, México, 1981.
- Tortora, J. Gerard Principios de Anatomía y fisiología. 5a. ed. México 1989.
- Wolpert Barraza Enrique. Norma Oficial Mexicana de los servicios de Planificación Familiar. Mayo 1994. Secretaria de Salud.
- Urbina Fuentes M., Palma Yolanda "Evaluación de la Planificación Familiar en México y la Frontera Norte del País. Simposio Binacional sobre población en la frontera México-Estados Unidos.
- Urbina Fuentes M. Benet Jimenez C., Echarri Canovas C.J. Planificación Familiar Salud Reproductiva: Un enfoque integral a Septiembre 1989.