



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
 OBSTETRICIA



39
2ej

PARTICIPACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA PARA LA ORIENTACION Y LA DETECCION DE LOS FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA MANIFESTACION DE LAS REACCIONES SECUNDARIAS EN LAS USUARIAS DEL METODO ANTICONCEPTIVO INYECTABLE MENSUAL CYCLOFEM DE LOS MUNICIPIOS DE COYUCA DE BENITEZ, ATOYAC DE ALVAREZ Y TECPAN DE GALEANA, DE LA COSTA GRANDE GUERRERO.

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:

JIMENEZ CASILLAS OTILDA

RAMIREZ REGALADO KARINA CRISTINA

VEGA DOMINGUEZ MARGARITA

U. N. A. M.
 ESCUELA NACIONAL DE
 ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

OCT. 14 1997

DIRECTORA DE TRABAJO:

COORDINACION DEL SERVICIO SOCIAL Y OPORTUNIDADES
 TERMINALES DE EJECUCION

LIC. MA. CRISTINA MUGGENBURG RODRIGUEZ VIGIL
 MEXICO, 1997

**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.

**GRACIAS, A LA LIC. CRISTINA MUGGENBURG
QUE CON PACIENCIA Y EXPERIENCIA NOS GUIÓ
PARA ELABORAR ESTA INVESTIGACIÓN.**

**A LOS EXPERTOS DE JICA; LIC. YURIKO, LIC. TOMOYO
LIC. ENF. TOMOKO Y DR. AIKO, LES AGRADECEMOS
LAS FACILIDADES QUE NOS BRINDARON PARA LLEVAR
A CABO ESTA INVESTIGACIÓN PERO LO MAS IMPORTANTE
GRACIAS POR SU AMISTAD.**

**AL DR. ALEJANDRO ROSAS SOLIS Y AL DR. JAVIER MARIN DÍAZ
LES DAMOS NUESTROS MAS SINCEROS AGRADECIMIENTOS, POR
SU VALIOSA AMISTAD Y APOYO QUE NOS BRINDARON PARA LA
ELABORACIÓN DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN.**

*SE QUE ES EL CAMINO MÁS DIFÍCIL,
PERO TAMBIEN EL QUE MÁS VALE LA PENA
Y EL ÚNICO QUE SE PUEDE VOLTEAR A VER
CON ORGULLO, CUANDO SE ESTA YA AL FINAL DE EL,
Y QUE LAS DOS ÚNICAS ARMAS QUE SE DEBEN TENER
PARA TRATAR DE CRUZARLOS SON LA VOLUNTAD Y
LA FE, Y QUE SI SE MANIPULAN BIEN SE PUEDE LLEGAR AL FINAL.*

"GRACIAS DIOS MIO POR GUIARME E ILUMINAR MI CAMINO"

*GRACIAS A MIS PADRES POR SU SABIDURIA, SUS CONSEJOS
Y COMPRESIÓN QUE ME HAN BRINDADO POR TANTOS AÑOS
Y QUE GRACIAS A TODO ESTE APOYO QUE ME HAN DADO
HE LOGRADO CULMINAR UN OBJETIVO MÁS EN MI VIDA.*

" CON ADMIRACIÓN Y RESPETO "

*A MIS HERMANOS Y AMIGOS (AS)
POR QUE CREYERON EN MI, Y SIEMPRE
ESTUVIERON A MI LADO PARA COMPARTIR
MIS TRIUNFOS Y DERROTAS, BRINDANDOME
EN CADA MOMENTO SU APOYO INCONDICIONAL
QUE ME ALENTO PARA SEGUIR ADELANTE.*

OTILDA

Esta tesis lograda a base de un esfuerzo por superación, se la dedico a quienes con su apoyo y cariño me motivan a seguir adelante, a mi madre, tía Susan y mis hermanos.

A mis tíos Miguel y Betty que confiaron en mí y me apoyaron en forma invaluable, a mis primos; por su amistad.

En memoria de mi abuelita Cristina, enfermera comprometida que amo su profesión.

La Vida es Conquista

Karina Cristina

A DIOS

TU QUE ERES PARTE DE MI VIDA Y MI GUÍA , ME HAS DADO LA FUERZA Y EL VALOR PARA ENFRENTAR LOS OBSTACULOS QUE HAN HABIDO EN MI CAMINO, POR ESO Y MAS TE DOY LAS GRACIAS POR PERMITIRME CONCLUIR UN IDEAL .

A MI FAMILIA

EN CADA MOMENTO DE MI VIDA HAN ESTADO PRESENTES, PORQUE JUNTOS HEMOS EMPRENDIDO UNA VIDA DE LUCHA Y ESPERANZA, Y QUE CON SUS CONSEJOS Y APOYO HE LLEGADO A REALIZAR UNO DE MIS MAS GRANDES IDEALES , QUE DESEO COMPATIR CON CADA UNO DE USTEDES.

CON RESPETO Y CARINO.

A CARMEN

TU SACRIFICIO, TU TIEMPO Y DEDICACION NO HAN SIDO EN VANO, Y A QUE ME HAS ENSEÑADO A VALORAR LA VIDA, Y HA NO DESISTIR, Y QUIERO QUE COMPRENDAS QUE TODOS MIS LOGROS SON GRACIAS A TI.

TE QUIERO MUCHO

INDICE

INTRODUCCION

I FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION	1
1.1 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA	1
1.2 MARCO REFERENCIAL	2
1.2.1 Diagnóstico de Salud de la Costa Grande, Gro. (1994)	2
1.2.1.1 Situación Geográfica	2
1.2.1.2 Hidrografia y Clima	2
1.2.1.3 Flora y Fauna	2
1.2.1.4 Topografía	3
1.2.1.5 Vías de Comunicación	3
1.2.1.6 Demografía	3
1.2.1.7 Economía	4
1.2.1.8 Cultura	4
1.2.1.9 Nutrición	4
1.2.1.10 Educación	5
1.2.1.11 Vivienda	5
1.2.1.12 Principales causas de Morbilidad General	6
1.2.1.13 Principales Causas de Mortalidad General	6
1.2.1.14 Recursos y Servicios de Salud de la Costa Grande	7
1.2.1.15 Logros del Programa de Planificación Familiar (1996)	7
1.2.2 Antecedentes Históricos de la Planificación Familiar en México	9
1.2.3 Factores que Influyen en la Sexualidad y la Planificación Familiar	12
1.2.4 Anatomía y Fisiología del Aparato Genital Femenino	17
1.2.5 Métodos Anticonceptivos	22
1.2.5.1 Métodos Anticonceptivos Permanentes	22
1.2.5.2 Métodos Anticonceptivos Temporales	24
1.2.6 Método Anticonceptivo Mensual Inyectable CYCLOFEM	33
1.2.6.1 Introducción	33
1.2.6.2 Formulación	34
1.2.6.3 Presentación	34

1.2.6.4	Mecanismo de Acción	34
1.2.6.5	Indicaciones	36
1.2.6.6	Contraindicaciones	36
1.2.6.7	Precauciones	36
1.2.6.8	Efectos Colaterales	37
1.2.6.9	Forma de Administración	37
1.2.6.10	Lineamientos Generales para la Prescripción	38
1.2.6.11	Seguimiento a la Usuaría	39
1.2.7	Estrategia de Extensión de Cobertura	40
1.2.7.1	Antecedentes	40
1.2.7.2	Situación Actual	40
1.2.7.3	Esquema Operativo	40
1.2.7.4	Perfil y Funciones de la Estructura Operativa	41
1.2.7.5	Capacitación	44
1.2.8.	Perfil Profesional de la Enfermera en Salud Pública	46
1.3	JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION	48
1.4	OBJETIVOS	49
II	METODOLOGIA	50
2.1	Tipo de Investigación	50
2.2	Población	50
2.3	Muestra	50
2.4	Unidad de Observación	50
2.5	Variables e Indicadores	51
2.6	Recolección y Procesamiento de Datos	52
2.7	Limitaciones en el Desarrollo del Estudio	52
III	DESCRIPCION DE RESULTADOS	53
IV	ANALISIS DE RESULTADOS	62
V	CONCLUSIONES	67
VI	PROPUESTAS DE SOLUCION	69
VII	BIBLIOGRAFIA	70

ANEXOS

Mapas	73
Cuestionario	76
Cuadros	80
Gráficas	105
Glosario de términos	130

INTRODUCCION.

A través de la historia en materia de salud en México se han hecho numerosos esfuerzos e intentos para operar sistemas y modelos para la prestación de servicios básicos de salud, a los habitantes del área rural. Actualmente, la Secretaría de Salud opera la Estrategia de Extensión de Cobertura quién tiene la función de proporcionar Servicios de Salud a esta población y entre los cuales destaca la planificación familiar, la atención del embarazo, del parto y del puerperio, atención del niño(a) menor de cinco años y acciones básicas de atención a los adultos.

Siendo el Programa de Planificación Familiar un aspecto prioritario se considera que la presente investigación es de relevancia, ya que es enfocada a las usuarias del método anticonceptivo inyectable mensual CYCLOFEM, en los municipios de Coyuca de Benítez, Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana, Guerrero. Esta investigación se ha estructurado con el objeto de conocer y resaltar el papel que desempeña el personal de enfermería en los servicios de planificación familiar, en las comunidades rurales. De esta manera se contribuye para estudiar la influencia socioeconómica y cultural de los procesos de salud, relacionados con la reproducción humana que se ha perfilado en los últimos años como un basto campo para la investigación.

En este documento se toman en cuenta aspectos como el diagnóstico de salud de la Costa Grande, Guerrero, antecedentes históricos de la planificación familiar en México; factores que intervienen en la sexualidad y la planificación familiar y métodos anticonceptivos; información sobre el método anticonceptivo inyectable mensual CYCLOFEM, además se incluye un apartado sobre la estrategia de extensión de cobertura, así como el perfil profesional de enfermería en salud pública. Más adelante, se menciona la metodología de la investigación. En la siguiente sección, que corresponde a la descripción y análisis de los resultados se muestran las reacciones secundarias más frecuentes del anticonceptivo en estudio, así como la función que desempeña el personal de enfermería en la capacitación de la auxiliar de salud para la detección de estas reacciones y en la orientación a las usuarias, además de las causas más frecuentes del abandono a dicho método.

I FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION

1.1 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

¿ Cómo participa el personal de enfermería en la orientación y en la detección de los factores que intervienen en la manifestación de las reacciones secundarias, en las usuarias del método anticonceptivo inyectable mensual CYCLOFEM de los municipios Coyuca de Benítez, Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana ?

1.2 MARCO REFERENCIAL

1.2.1 Diagnóstico de Salud de la Costa Grande 1994

1.2.1.1 Situación Geográfica

El Estado de Guerrero se encuentra ubicado al sur de la República Mexicana; está formado por 76 municipios y 18 distritos judiciales. Dentro del Comité de Planeación para el Desarrollo (COPLADE), el Estado de Guerrero se ha dividido en 7 regiones, que son: Región de Tierra Caliente, Región Norte, Región Centro, Región de la Montaña, Región de la Costa Grande, Región de la Costa Chica y el Municipio de Acapulco, y coinciden sus límites geopolíticos con los correspondientes a las jurisdicciones sanitarias que integran el estado. La Jurisdicción de la Costa Grande se localiza a lo largo del litoral del Océano Pacífico y las faldas de la Sierra Madre del Sur. Tiene una superficie de 14,760.7 kms., que representa el 23.06% de la superficie total estatal, y ocupa el primer lugar por su extensión territorial; cuenta con dos zonas bien diferenciadas, una que corresponde a la zona costera a lo largo del litoral del Océano Pacífico, y la otra corresponde a la zona alta integrada por la Sierra Madre del Sur y parte del eje volcánico.

*Está integrada por 8 municipios. Coyuca de Benítez, Atoyac de Álvarez, San Jerónimo de Juárez, Tecpan de Galeana, Petatlán, José Azueta, La Unión y Coahuayutla de Izazaga, y éstos conformados por 1357 localidades, de las cuales 1234 *(91%) son menores de 500 habitantes y 123 (9%) mayores de este rango de población*¹

1.2.1.2 Hidrografía y Clima

La Costa Grande cuenta con suficientes recursos hidrológicos y, de ellos, 11 ríos conservan su afluencia permanentemente y el resto se caracteriza por oscilaciones de sus caudales. Sus principales afluencias son: los ríos de Coyuca, Atoyac, Tecpan, Nuxco, San Luis, Coyuquilla, Petatlán, Ixtapa y la Unión.

Clima: presenta variaciones que dependen de la región, por lo que se tiene en la zona de la costera un clima cálido sub-húmedo, con temperaturas entre los 25 y los 28°C y que conforme aumenta la altura, disminuye bajando entre 4 a 8°C.

1.2.1.3 Flora y Fauna

La Flora es de tipo caudocifolia pues existe en la zona costera selva baja y bosque caudocifolio, que presenta los siguientes tipos: bocote, pino, sauce, zazanil, cacahuanache, parota, zapote negro, ceiba, roble, zopital, caoba, encino, oyamel, ayacahuite y palmeras.

La fauna de la zona costera está compuesta por diversas especies, en la que se encuentran: aves acuáticas, como los pelícanos, gaviotas, patos, gallinitas de agua, tijerillas, y las no acuáticas: como las golondrinas y zanates.

¹ VARGAS, Guerrero Gilberto. DIAGNÓSTICO DE SALUD..... Pág. 13

Animales: como mapaches, ardillas, lagartijas, cuhijas, tortugas, iguanas verdes y negras, además de gran variedad de peces e insectos. En la zona de la sierra se encuentran: venados, tigrillos, orugas, gato montés, jabali, armadillo, tlacuache, chachalacas, quebranta-huesos, halcones, águilas, gavilanes, culebras, víboras de cascabel, coralillo, jicamillas, masacoatas y boas.

1.2.1.4 Topografía

*La Región cuenta con 1,122 000 hectáreas destinadas a las diferentes actividades, y distribuidas de la siguiente manera: 558,000 para ganadería, 394,000 para actividad forestal, 70,000 para la agricultura de básicos y 100,862 para frutales, incluidas la copra, café, mango y plátano²

1.2.1.5 Vías de Comunicación

La zona de la costera tiene buenas vías de acceso y comunicación y está dada principalmente por la carretera federal Acapulco-Zihuatanejo-Lázaro Cárdenas. La zona correspondiente a la Sierra Madre del Sur cuenta con escasas vías de comunicación y acceso, pues en su mayoría son caminos de terracerías. Los medios de comunicación masiva son accesibles a todas las comunidades de la zona costera, lo que no ocurre con algunas localidades ubicadas en la sierra que no cuentan con energía eléctrica. Se logra captar la señal del canal 13 de televisión, y solamente con el uso de antena parabólica es posible observar todos los canales de televisión.

1.2.1.6 Demografía

Para 1994, tiene una población de 391,267 hab., con una distribución por sexo de: 193,834 (49.54%) hombres y 197,433 (50.46%) mujeres; la distribución por grupos de edad es de: menores de 5 años, (14.41%); 15 a 49, 49.19%; de 50 a 64, 7.4%, y más de 65, 3.5%.

Mujeres en edad fértil: de 15 a 49 años, 97,112, lo que representa el 24.82% de la población total y, de acuerdo al total de mujeres, corresponde a 49.18%. Por otra parte, la esperanza de vida al nacer es de 69 años, ligeramente menor a la media nacional que es de 70.

La tasa de crecimiento demográfica es de 2.4% con relación a la tasa de crecimiento nacional.

La tasa de crecimiento natural es de 64.54% con relación a la nacional.

La tasa global de fecundidad durante el año de 1992, fue de 79.74 por 1,000 mujeres en edad fértil, muy por abajo de la estatal que es de 183 y de la nacional que es de 132 por 1,000 mujeres en edad fértil.

² IBIOEM. Pág. 16

1.2.1.7 Economía

La población económicamente activa es aquella que comprende a los mayores de 12 años, siendo un total de 257,219, de los cuales sólo 97,269 personas trabajan, comprendiendo el 24.86% de la población total. La población inactiva, junto con la población que no está en edad de trabajar, suman el 74.42.% de la población dependiente.

La economía de la región se sustenta principalmente de las actividades agropecuarias: el 44% de la población económicamente activa labora en ésta actividad, seguido de la mercantil o comercial con un 32%, obreros y empleados representan el 22% y con el 2% trabajadores manuales eventuales.

En relación al nivel de ingreso familiar de la población, se tiene que siendo la agricultura la principal actividad productiva de la región, ésta es canalizada principalmente para autoconsumo y, cuando se llega a tener excedentes, se comercializa para incrementar el ingreso familiar; el 42.3% se emplea para vivienda y alimentación; para vestido y educación se emplea el 30.6%.

1.2.1.8 Cultura

Los patrones culturales y las creencias contribuyen al comportamiento del ser humano, y los habitantes de la costa grande no escapan ello de esta situación. Tienen un sinnúmero de variantes en relación a la salud y otros aspectos, entre los que destacan el alto sentido religioso, la práctica de la medicina tradicional y automedicación, que son sobre todo por creencias y tradiciones transmitidas de generación a generación.

Religión: La Religión predominante es la católica, con el 86.95% de la población; el 5% es protestante, y un 7.69% no tienen religión o no es específica.

Tradiciones y costumbres: Las manifestaciones culturales, con sus mitos y creencias, y las actividades artesanales son muy escasas. En la religión predominan las festividades populares, principalmente para festejar los santos patronos, y las más importantes son las de La Semana Santa y la del 6 de agosto en la cabecera de Petatlán. De los platillos regionales típicos destacan el relleno de puerco, guifatán, guisado de iguana, guisado de caguama, nacatamales, tamales rojos, nejos zamburipano y arroz con frijoles negros.

Idiomas: En la región, el lenguaje o idioma no representan problemas de comprensión, ya que el 100% de la población habla la lengua castellana.

1.2.1.9 Nutrición

La producción de alimentos en esta zona depende de la agricultura en donde los productos obtenidos y la dieta se integra a base de maíz, frijol, arroz; alimentos de origen animal con poco consumo de verduras, por lo que es insuficiente la alimentación en calorías. El consumo de calcio es el único componente que alcanza las cantidades recomendadas, no así las proteínas, hierro, nirovflabina, niacina y vitaminas A y C.

"En un estudio realizado por el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, sobre alimentación de los niños menores de 5 años, se encontró que el 32% no consume carne, el 17% no consume huevos y el 53% no consume pescado."³

1.2.1.10 Educación

En la Costa Grande, 47,770 personas son analfabetas y representan el 16.55% que no tienen ningún grado escolar, pero los que saben leer y escribir representan el 27.59%. El 16.68% tienen primaria incompleta; el 24.34%, primaria completa; con secundaria incompleta está el 10.70%; con bachillerato o equivalente el 3.24% y con alguna carrera profesional solamente el 0.9%. El nivel de escolaridad es bajo, ya que el 60.82% de la población en edad escolar cuenta solamente con menos del nivel primaria. Estos niveles de educación son originados por las características socioeconómicas de la población, por la gran dispersión de las localidades, por la falta de accesibilidad de éstas y por la ausencia de maestros en estas regiones.

1.2.1.11 Vivienda

El 76% de las viviendas se componen de un cuarto de usos múltiples con techo de teja y pared de adobe, de las cuales el 44.72% tienen piso de tierra y el 42% no cuentan con sanitarios, fosa séptica o letrina, y sus moradores defecan al ras del suelo; el 38.56% de las viviendas tienen agua entubada intradomiciliaria, y el 44% de las familias no dan ningún tratamiento al agua para consumo humano. El 76% de las viviendas no maneja adecuadamente los desechos sólidos y éstos van a dar a basureros abiertos, donde prolifera fauna nociva, permitiendo la transmisión de enfermedades.

³ IBIDEM. Pág. 22

1.2.1.12 Principales Causas de Morbilidad General 1994*

Población Total: 391.267

<u>PADECIMIENTO</u>	<u>CASOS</u>	<u>TASA</u>
Infección respiratoria aguda	28,674	732,84
Enfermedades diarreicas agudas	6,466	165,25
Amibiasis	5,409	138,24
Traumatismos	5,225	133,54
Ascariasis	4,256	108,77
Dermatofitos	2,713	65,33
Oxuriasis	1,957	50,01
Candidiasis	763	19,50
Varicela	532	13,59
Hipertensión arterial	512	13,08

TASA: POR 10,000 HABITANTES

*FUENTE: INFORME SEMANAL DE CASOS NUEVOS SS-EPI-1-85

1.2.1.13 Principales Causas de Mortalidad General 1994*

<u>CAUSAS</u>	<u>NUMERO</u>	<u>TASA</u>
Accidentes y violencia	113	28,88
Hipertensión arterial	56	14,31
Diabetes mellitus	48	12,26
Gastroenteritis	20	5,11
Insuficiencia cardíaca	12	3,06
Interrupción de la circulación materno infantil	11	2,81
Paro cardio respiratorio	11	2,81
Tuberculosis pulmonar	10	2,55
Enfermedad vascular cerebral	10	2,55
Asfixia por inmersión	10	2,55

TASA: POR 10,000 HABITANTES

*FUENTE: OFICIALIA DEL REGISTRO CIVIL

1.2.1.14 Recursos y Servicios de Salud

La población recibe la atención médica a través de las diferentes instituciones de salud que existen en la región: IMSS, ISSSTE, SSA, Medicina Privada y la Medicina Tradicional.

Del total de la población el 74.8% se considera de población abierta, ya que el 25.2% restante cuenta con seguridad social. La población abierta de la región es atendida en un 90% por los Servicios Estatales de Salud, y a un 10% les proporcionan servicios médicos el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

En la SSA las consultas impartidas se distribuyen de la siguiente forma: el control de enfermedades transmisibles, 21%; consulta general a enfermos, 30%; consulta a personas sanas, el 23%; planificación familiar, el 21%; salud bucal, el 3%; la detección oportuna de cáncer, el 2%; a embarazadas, un promedio del 1.2%.

Los recursos médicos y de enfermería son subutilizados, por lo que para mejorar la calidad de los servicios se debe realizar una mejor distribución de estos recursos en las áreas rurales y urbanas, donde más se necesita dotar de los insumos necesarios, y realizar la promoción de los servicios para una mayor demanda.

1.2.1.15 Logros del Programa de Planificación Familiar (1996)

En el programa de planificación familiar dentro del componente institucional correspondiente al año de 1996, se obtuvo que de los 4,249 usuarios nuevos programados 3,966 fueron alcanzables y se logro un avance de 93.3%; de los 19,584 usuarios activos programados se logro mantener a 15,975 y se obtuvo un logro de 81.5%; de las 2,937 pláticas programadas se impartieron 1,871 y se alcanzó un 63.7% de la meta programada; en cuanto a los 44,055 asistentes programados se reunieron a 21,423 y se obtuvo un alcance de 49%.

Por otra parte los logros alcanzados en las comunidades de la Estrategia de Extensión de Cobertura fueron; en Coyuca de Benitez se ingresó a 76 usuarios nuevos y su meta programada era de 56, se obtuvo un logro del 128.5%; en Atoyac de Alvarez se tenía considerado ingresar a 48 usuarios y se registraron 46, se tuvo un alcance de 95.8%; en Tecpan de Galeana la meta era ingresar a 57 usuarios de los cuales se ingresaron a 41 con un logro del 71.9%.

En lo que respecta a los usuarios activos se tiene que en Atoyac de Alvarez se programó mantener a 120 y se registraron a 196, se tuvo un logro de 163.3%; en Tecpan de Galeana se programó a 308 usuarios y se mantuvo a 287, lo que dio un alcance de 93.1%; en Coyuca de Benitez se programó a 192 usuarios, se registraron a 175 y se obtuvo un alcance de 91.1%.

En relación a las pláticas se tiene que; en Tecpan de Galeana se programaron 88 y se impartieron 108 por lo tanto se obtuvo un alcance del 127.7%; en Coyuca de Benitez la meta era de 70 se brindaron 47 y se tuvo un logro del 67.1%; en Atoyac de Alvarez se programaron 88, se cumplió con 29 y se tuvo un alcance del 32.9%. En estas pláticas se tenían considerado reunir a 1,320 personas en Tecpan de Galeana y asistieron 1,808 lo que dio un alcance de 136.9%; en Coyuca de Benitez se programó a 1,185 asistentes y se reunieron a 711, se obtuvo un alcance del 60%; en Atoyac de Alvarez la meta era reunir a 1,320 personas y asistieron 408, se tuvo un alcance del 30.9%.

En 1994 los métodos anticonceptivos, se distribuyeron de la siguiente manera 28.49% utilizaron anticonceptivos orales, 4.64% hormonales inyectables, 18.99% dispositivos intrauterinos, 36.39% utilizó el método definitivo de Salpingoclasia y con un 11.41% los preservativos y se realizaron 107 vasectomías. La población con mucha frecuencia para su atención acude con curanderos, yerberos, hueseros, parteras, etc. Encontrándose que en la región existen 108 parteras, 35 hueseros, 69 curanderos, 7 brujos. Situación que prevalece debido a las precarias condiciones de ingreso y al bajo nivel educativo en la población, las

por pobreza, por creencias o mitos, prefieren utilizar éstos recursos para la solución de sus problemas.

En cuanto a los nacimientos registrados en 1990 la información obtenida indica que el 21% correspondió a madres sin ninguna instrucción, el 18% a madres con primaria iniciada, el 27% con primaria completa, el 17% a madres con secundaria o equivalente, el 14.5% a madres del nivel medio superior y superior, correspondiendo el restante con un 25% a madres que no especificaron su nivel de instrucción.

El 38.4% de los nacimientos registrados correspondieron a madres cuyos cónyuges eran jornaleros o peones, el 25.4% empleados, el 9.1% obreros, el 5.3% vendedores ambulantes, el 4.6% trabajadores no remunerados y el resto se dedican a otras actividades.

En 1994 se logró un cumplimiento de 99.3% de la meta programada, lo que permitió que 108.154 parejas tuvieran acceso a los servicios de PF.

* IBIDEM. Pág. 28

1.2.2 Antecedentes Históricos de la Planificación Familiar en México

Las primeras prácticas anticonceptivas, que se llevaron a cabo en México, fueron durante la administración del presidente Plutarco Elías Calles en 1920, cuando se establecieron clínicas privadas de planificación familiar. Esta apertura oficial se modificó a partir de 1930, y las actividades se suspendieron de acuerdo con la orientación de la política de población, cuya tendencia era pronatalista, con el fin de compensar la pérdida de un gran número de vidas humanas durante el período revolucionario de 1910; de esta manera se dictaron medidas para el fomento a los matrimonios y el aumento de la natalidad.

La ley general de población promulgada el 23 de Noviembre de 1947 muestra claramente esta tendencia, en los artículos relativos a los problemas demográficos.⁴

El artículo segundo decía:-

El aumento de la población debe procurarse:

- I) Por el crecimiento natural.
- II) Por la inmigración.

Como resultado de lo anterior, en 1950 y 1960 México tuvo una tasa porcentual de crecimiento de la población de 3.1 % y se vio la necesidad de crear en la ciudad de México, la Asociación "Pro-salud Materna". Esta fue la primer acción llevada a cabo para ofrecer los servicios de planificación familiar en México y durante algunos años fue lo único.

Por otra parte en la década de los cincuentas, se inicia en México la investigación en el campo de la anticoncepción en las áreas química, biomédica y de las ciencias sociales; en 1951 destaca la síntesis de la Noretisterona, que fue la primera progestina anticonceptiva producida en el mundo; los científicos que la sintetizaron fueron Carl Djarassi, Jorge Rosenkranz y el mexicano Luis Miramontes.

A la síntesis de la Noretisterona siguieron acontecimientos científicos muy relevantes, entre los que se destacan los primeros estudios de farmacología clínica de la hormona gonadotropina, así como el estudio de las neurohormonas que regulan la producción y secreción de las gonadotropinas hipofisarias que, a su vez, regulan la función ovárica en las mujeres y la función testicular de los hombres. Para el año 1960 un grupo de científicos, encabezado por el Dr. Jorge Martínez Manautou (mexicano), desarrolla la estrategia anticonceptiva conocida como minipíldora, la cual sirvió de base para el desarrollo posterior de los implantes anticonceptivos como es el caso de Norplant.

En 1965 se instala la primera clínica de Planificación Familiar y Endocrinología en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, y se inicia así la primera investigación científica en el área de biología de la reproducción humana. En esa época, el código sanitario vigente prohibió la promoción y venta de formulaciones anticonceptivas, y sólo en 1967 se le permitió, al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), realizar las primeras acciones de protección anticonceptiva mediante el uso de anticonceptivos hormonales en mujeres con antecedentes de abortos inducidos.

⁴ MARTINEZ, Manautou, Jorge. SUCEDIO EN MEXICO..... Pág. 32

En 1970 se estimó una tasa de crecimiento demográfico de 3.4 %, jamás observada en el país, pero el gobierno de esa época no se atrevió a tomar la decisión política para regular este crecimiento, (lo único que permitía era la intervención funcional de Pro-salud Materna, y que se vendiera en farmacias los hormonales orales que eran autorecetados por las usuarias, ya que existía oposición por parte de la Iglesia Católica y de médicos de renombre).

A finales de 1973 se incorporó en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el artículo cuarto que dice:

" El varón y la mujer son iguales ante la Ley, ésta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene el derecho a decidir de manera libre e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos".

Este artículo constituyó una verdadera piedra angular en la historia de la población en nuestro país, y sirvió de base para la promulgación de una nueva Ley General de Población aprobada en 1974 (en este mismo año se creó el Consejo Nacional de Población "CONAPO"), que junto con la Ley General de Salud de 1978 constituyen el marco jurídico del Programa de Planificación Familiar.

El avance de México en materia de planificación familiar (PF) ya era de orden científico, social y jurídico, pero aún faltaba un ordenamiento institucional; es por eso que en 1977 se establece la Coordinación Nacional del Programa de Planificación Familiar. Dicha coordinación inició sus actividades en la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, hoy Secretaría de Salud, y en las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE), a las que en corto tiempo se incorporaron las demás instituciones del Sector Salud que antes prestaban Servicios de PF de manera aislada e independiente; de esta forma se inician oficialmente acciones de PF aparentemente con 20 años de atraso.

A lo largo de la década de los ochenta, el principal propósito del programa de PF es ampliar la cobertura de los servicios en todo el territorio nacional; esto se logró a través de proporcionar los métodos anticonceptivos disponibles hasta ese momento; todas las instituciones del Sector Salud, principalmente en el área urbana, participaron, y se inició también la extensión de los servicios al área rural, por lo que se logró que la tasa de crecimiento natural de población descendiera de 3.4 a 2.4%.

En 1985 la planificación familiar se orienta a otro objetivo prioritario: atender a profundidad al área rural a través de extender los servicios y programas a esta población y así, ese mismo año, la Secretaría de Salud implanta la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC), que incorpora como eje central a la PF que, para que opere, tiene como base a un personaje denominado Auxiliar de Salud.

En 1994 en la Conferencia de Población y Desarrollo realizada en la capital de Egipto, en la cual participaron representantes y expertos de 180 naciones, se adoptó un programa de acción que incorpora una gama completa de servicios de salud reproductiva que deberán ser accesibles, asequibles y aceptables para toda la población, emergiendo de esto el concepto holístico de la salud reproductiva.

A sólo tres meses de haber concluido la Conferencia del Cairo, México implantó el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Este programa sigue los lineamientos señalados del Plan Nacional de Desarrollo del Ejecutivo Federal, del Programa de Reforma del Sector Salud y de los programas nacionales de población y de la mujer.

Uno de los retos de la salud reproductiva y la PF es el acceso a la información y los servicios en las áreas urbano-marginadas.

Otra prioridad es incorporar a la población adolescente ampliando la cobertura de los servicios, con un claro manejo de la información y orientación.

Otro de sus objetivos es aumentar la prevalencia del uso de anticonceptivos en el área rural; por tal motivo, en los últimos años, se han incorporado nuevas estrategias y opciones anticonceptivas en las comunidades de la EEC.

Finalmente, es importante recalcar que la PF se realiza con pleno respeto a la dignidad y a la libre decisión de los individuos.

Planificación Familiar en el año 2000

"En el año de 1859, por primera vez en la historia de la humanidad, la población global llegó a mil millones. Tomó entonces sólo 80 años alcanzar el segundo millar de millones en 1930, y 30 años después en 1961 se llegó a tres mil millones. En 1987 se alcanzaron los cinco mil millones; en algún momento, entre el año 2020 y el 2030, se pueden alcanzar los ocho mil millones."⁴

Aunque la planificación familiar puede ser un tema delicado en algunas partes del mundo, ha sido respaldada internacionalmente, ya que nuestras necesidades son abrumadoras:

- Cada año, 500,000 mujeres mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo.
- Cada año la población mundial aumenta en un 1,73%, o sea 87 millones de personas. Nuestros alimentos, leña, agua, petróleo y aire limpio se están forzando más allá de su capacidad.
- Cada año miles y miles de niños mueren por estar muy poco espaciados, tienen demasiados hermanos y nacen de madres demasiado jóvenes o demasiado añosas.

La planificación familiar promueve la salud familiar en muchas formas:-

Tiene como premisa preservar y fomentar la salud de la madre y los niños a través de una atención integral, que permita lograr la salud reproductiva, complementándola con objetivos encaminados a posponer el primer embarazo en la mujer hasta después de los 20 años y que las mujeres no se embaracen después de los 35 años.

-Aumenta el período intergénésico, el cual si es por lo menos de 3 años se podría impedir una de cada 5 muertes infantiles.

-La anemia por deficiencia de hierro es menos común en las madres.

-Disminuye la infertilidad causada por las enfermedades pélvicas inflamatorias.

-Disminuye el número de hijos de bajo peso al nacer.

-Se reducen las probabilidades que mueran lactantes y niños pequeños.

-Hay mayor disponibilidad de alimentos y otros recursos.

* HACTCHER, Robert, A. *Tecnología Anticonceptiva*. Pág. 302

1.2.3 Factores que Influyen en la Sexualidad y la Planificación Familiar

Concepto de Planificación Familiar y Salud Reproductiva

La salud es un derecho fundamental del ser humano y, como tal, forma parte del desarrollo de un país.

Ante el proceso evolutivo que se está gestando en la sociedad para alcanzar mejores niveles de vida y salud en los pueblos, surge el concepto de la salud reproductiva con una nueva visión integral. Este concepto debe entenderse como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción, así como el esmero de la salud, los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos. La salud reproductiva es la capacidad de los individuos y de las parejas, para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir, de una manera responsable y bien informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Esta visión integral considera que toda la población debe tener acceso a la información amplia y a una gama completa de servicios de salud reproductiva, teniendo sus pilares en la planificación familiar, la salud perinatal, la salud de la mujer, incluyendo el riesgo preconcepcional; la salud reproductiva del adolescente, detección oportuna y manejo de la infertilidad y neoplasias del tracto reproductor femenino, la atención al climaterio y la menopausia, así como la prevención, detección y manejo de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA.

Un componente de particular relevancia es la incorporación de la perspectiva de género, tendiente a asegurar relaciones equitativas entre el hombre y la mujer, con igualdad de oportunidades que contribuyan a la defensa de los derechos de las mujeres, y alcanzar particularmente la salud en el ámbito sexual y reproductivo.

La planificación familiar frecuentemente se interpreta como sinónimo de métodos anticonceptivos, cuyo objetivo fundamental está encaminado a evitar el crecimiento desorganizado y sin control de la población; sin embargo, la planificación familiar va más allá de esta interpretación; abarca un concepto más ético y filosófico basado en objetivos de salud como es el de otorgarle al individuo el derecho de decidir libremente cuantos hijos quiere tener, cuándo tenerlos, contando para ello con la información veraz y completa, como se establece en el artículo cuarto Constitucional, propiciando con esto un proceso reproductivo con menos riesgos a la salud de la madre y de los hijos; asimismo la planificación familiar se responsabiliza del diagnóstico oportuno y el tratamiento de las parejas con problemas de esterilidad e infertilidad.

Planificación Familiar y Sexualidad

Generalmente cuando se hace referencia a la sexualidad se traduce como sinónimo de sexo, pero son dos aspectos diferentes, aunque muy ligados entre sí; la sexualidad es un gran concepto al cual no se le puede abordar de una forma simplista, se debe partir del reconocimiento de que el individuo es un ser sexual desde su nacimiento y será parte de él hasta su muerte.

La sexualidad se expresa en el estilo de vida, en la forma de ser como varones y como mujeres, en la manera de manifestar nuestro afecto y también en nuestro comportamiento erótico. La sexualidad no sólo se refiere a la reproducción o a las relaciones coitales sino, aún más, a los sentimientos, pensamientos, actitudes y comportamientos cotidianos de la vida.

La sexualidad es el resultado de la integración de aspectos biológicos, psicológicos y sociales, que actúan en una cultura y en un momento histórico determinado del individuo.

El componente biológico de la sexualidad está dado por el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que diferencian al hombre de la mujer y que, al complementarse, tienen la potencialidad de la reproducción. Estas características son denominadas sexo. El hecho de pertenecer biológicamente a un sexo no significa que esto determine el modo de comportarse sexualmente a lo largo de la vida.

A partir del nacimiento, el individuo emerge a un mundo social, donde paulatinamente va desarrollando y perfilando su propia personalidad. Quizás el primer hecho psicológico en su desarrollo sexual sea la identidad de sexo (percepción interna de pertenencia a un sexo). El sexo biológico y la identidad de sexo se corresponden; esta convicción primaria de ser hombre o mujer va consolidándose y adquiriendo sentido a medida que el individuo crece y se desarrolla, y la forma de comportarse, expresarse y de sentir de acuerdo a esa convicción irá tomando forma y significado según las situaciones posteriores en que el individuo se halle inmerso, y de los nuevos elementos que integre a su personalidad como resultado de nuevas experiencias de su vida.

La identidad sexual dirige y acompaña la vida de la persona; sin embargo, debido a las complejas exigencias y prohibiciones sociales que enfrenta como adulto en la sociedad, se irá siendo objeto de variados ajustes que le permitirán adoptar su tipo de mujer o varón a estas demandas y, conjuntamente, a sus experiencias e intereses como persona; de ahí, que en la medida que el tiempo pasa, la identidad de sexo se vuelva más compleja e incluya más dominios de comportamiento. El estado psicológico de saberse hombre o mujer, y de los sentimientos y significados, constituyen el componente psicológico de la sexualidad.

El mundo social al que se introduce al niño cuando nace posee rasgos, intereses, responsabilidades y actos definidos como apropiados para mujeres, otros para hombres y otros apropiados para ambos sexos, de tal manera que los individuos aprenderán a actuar dentro del marco de esas diferencias.

El conjunto de características y comportamientos específicos para cada sexo se denomina rol o papel del sexo, de tal manera que el componente social de la sexualidad es el patrón de comportamiento aprendido, que se concretiza en el papel que se desempeña como hombre o mujer en la vida social.

En la prestación de los servicios de planificación familiar, resulta de suma importancia que el proveedor de estos cuente con elementos básicos sobre sexualidad, ya que durante la relación médico-paciente incursiona en el campo de la sexualidad, por lo que su actitud debe ser totalmente imparcial, ya que la sexualidad, al relacionarse con palabras, imágenes, rituales, fantasías y el cuerpo, incluye ámbitos tan extensos como los comportamientos e intercambios sexuales entre los individuos, las ideas, significados y normas que las sociedades construyen en torno a los deseos eróticos y las prácticas y hábitos que involucran al individuo en su concepto integral.

Esto obliga al prestador de servicios a atender las necesidades de los usuarios con base en las expectativas individuales. A través de una orientación sexual adecuada, que proporcione el prestador de servicios de planificación familiar, permitirá: disfrutar plenamente del placer sexual desmitificándolo de todos los prejuicios sociales, prevenir los embarazos no deseados a través del uso de métodos anticonceptivos, así como la prevención de las enfermedades de transmisión sexual; lo anterior constituirá un factor de cambio social positivo en beneficio de la población.

La fecundidad tiene estrecha relación con la conducta sexual y reproductiva del ser humano, y es el resultado, en gran medida, de las influencias culturales y de creencias comunes de la gente sobre lo que es ser mujer y hombre y, de éstos, sobre la maternidad, paternidad e hijos.

Maternidad: Madre es el concepto cargado de valor en la cultura mexicana; la mujer recibe, con la maternidad, la más importante valoración de su carácter y de su esencia como ser. Por otro lado, la madre constituye un eje central en la familia; de ella depende la vida y es importante e insustituible. En el medio rural actual, cuando la situaciones económicas no son favorables, los hombres emigran lejos de sus hogares; por lo tanto, la mujer debe afrontar esta situación como madre y también como sostén del hogar tomando los roles de madre y padre.

Paternidad: El rol paternal que ejerce el varón está determinado por las concepciones que se tienen en cuanto a la división de roles. El hombre mexicano se siente poseedor de un sentimiento fuerte respecto a sus hijos; esto se nota en todos los niveles sociales; es celoso de su paternidad y por ello recibe

una prolongación de personalidad en el hijo. El sentido de paternidad es un mecanismo construido por el propio hombre para preservar de forma velada su voluntad de dominio. El rol paternal, al tener su base más fuerte en cuanto a autoridad, podrá exponerse en un límite extremo subyugando a los miembros de la familia, no dejándoles libre expresión ni toma de decisiones. La autoridad mal llevada puede desfavorecer la integración familiar; confunde a veces el sentido de paternidad con el deseo de prosperidad.

La importancia que tiene la familia, la función central de la maternidad para la mujer y el ejercicio de la paternidad, no podrán explicarse sin el valor otorgado a los hijos. El hijo tiene mucha importancia y articula un sistema de interrelación en el seno de la familia de acuerdo con su sexo. La significación que toma el hijo para la madre mexicana es diferente de aquella que toma para el padre.

Para la madre será al mismo tiempo el motivo de todos sus cuidados y la recompensa gratificante de su maternidad. El padre verá en él una prolongación de sí y el continuador, si es un varón, de sus funciones.

El cuidado y la educación de los hijos es una función exclusiva de la madre; éste principio es generalizado en casi todos los niveles sociales. Los factores que parecen influir más, sobre una práctica consciente y más extendida del uso de métodos anticonceptivos, son de tipo cultural. Una espesa red de mitos, prejuicios y prohibiciones juegan el papel de agentes que frenan el proceso de mentalización respecto al uso de métodos anticonceptivos.

Relaciones entre los miembros de la familia: "El comportamiento de los miembros de las familias en nuestro país y en los distintos sectores parece caracterizarse por falta de comunicación, información, clandestinidad, complicidad, insatisfacción en la vida sexual para la mujer, doble moral y morbosidad."⁷

La falta de comunicación entre pareja y entre los padres e hijos en materia de sexualidad es generalizada, creando mitos y tabúes de lo sexual. Estos impiden con frecuencia que, entre los miembros de las familias mexicanas, exista un diálogo abierto y franco sobre materia sexual.

Las prohibiciones pueden llegar al extremo de insalvables frustraciones y conflictos en el nivel de pareja. Entre padres e hijos hay una barrera de comunicación y falta de información que evita una orientación sexual oportuna y adaptada.

Cultura: Provenientes del clima cultural propio, los valores e ideales de la civilización acerca de la existencia humana se encuentran arraigadas en lo más íntimo de nuestro ser; en virtud de que esos valores e ideales son adquiridos muy temprano en nuestra vida resulta muy difícil poder modificarlos. Generalmente, sólo una reacción muy fuerte por parte del individuo logra alterar su sistema cultural básico. Algunos valores culturales favorecen la planificación familiar y otros se oponen a ella, de ahí que el trabajador en el área de salud deba conocer ambos tipos de valores culturales.

⁷ GAGNON, John. SEXUALIDAD Y CONDUCTA SOCIAL, Pág. 87

Los factores culturales que favorecen la planificación familiar son:

- El deseo que tienen los padres de procurar a sus hijos una vida mejor que la que ellos tuvieron.
- El deseo de los padres de asegurar a sus hijos una infancia feliz.
- Las dificultades que tienen muchas madres durante los embarazos frecuentes, así como lo arduo que les resulta educar a los hijos.
- El deseo de muchos adultos de completar su educación, interrumpida por las responsabilidades del matrimonio.
- El deseo de realizar independencia económica y progresar en la escala social.

Los factores culturales que se oponen a la planificación familiar son:

- El considerar una familia numerosa como fuente de seguridad para el futuro, o bien como una manifestación de hombría. Esta mentalidad se encuentra a veces tan profundamente arraigada en algunas personas, que aun la indigencia extrema no consigue que se limite el número de hijos.
- El deseo de tener hijos varones impulsa frecuentemente a los padres, cuyos descendientes son todas mujercitas, a procrear más familia de la que podría educar y mantener.

Factores Religiosos: Casi todas las religiones consideran como paternidad responsable, tener sólo los hijos que uno pueda mantener como una obligación derivada de la fe.

Algunas creencias de las personas que solicitan asistencia no pertenecen a ninguna denominación religiosa particular. Las ideas religiosas de otros individuos reflejan a veces los dogmas de la iglesia a que pertenecen. A nadie se le deberá obligar a someterse al control de la natalidad. Las medidas compulsivas son ilegales en todos los estados.

La clasificación del papel que desempeña la religión, en la planificación familiar, ha ayudado a crear una actitud pública más positiva hacia la difusión de información. Se ha comprobado que todas las religiones aprueban el espaciar los embarazos. Unas restringen severamente el método empleado. El punto de vista católico recalca las obligaciones del individuo de procrear y de su responsabilidad paternal, aprobando solamente el método del ritmo para el control de la natalidad.

1.2.4 Anatomía y Fisiología del Aparato Genital Femenino

Organos Genitales Externos

Vulva: Se encuentra situada entre el perineo y la parte inferior de la pared anterior del abdomen; integrada por el monte de venus, los labios mayores, los labios menores, el clitoris y las estructuras glandulares que se abren en el vestíbulo de la vagina.

Labios mayores: Son dos pliegues de piel que consisten principalmente de grasa y abundantes glándulas; se originan en el monte de venus y terminan en el perineo; presentan superficie externa de piel pigmentada con vello y de una superficie interna lisa y lampiña.

Labios menores: Constituyen 2 pliegues de tejido que se encuentran en el interior de la hendidura vulvar y empiezan en la base del clitoris, en donde la fusión de los labios es continua con el prepucio y se extiende posterior y medialmente hacia los labios mayores en la comisura posterior.

Clitoris: Órgano homólogo del pene, de forma cilíndrica, situado en la parte superior del introito, por arriba del meato urinario; está constituido por tejido eréctil (dos cuerpos cavernosos), glándula y dos pilares que le dan forma y lo fijan al peristio del pubis; está provisto de una rica red venosa y sensitiva. Es uno de los principales órganos erógenos de la mujer.

Meato Urinario: "Orificio en forma de hendidura por el cual desemboca la uretra hacia el exterior. Está cubierto por un epitelio transicional."⁶

Glándula de Skene: Son dos glándulas que se encuentran una a cada lado de la parte posterolateral del meato uretral; producen un moco que lubrica el vestíbulo. Estas glándulas se infectan con relativa frecuencia.

Glándula de Bartholins: Son dos; se ubican en los labios menores y la pared vaginal y desembocan en el introito. Con su mucosidad lubrican la vulva y la parte externa de la vagina.

Himen: Membrana anular que cubre parcialmente la entrada de la vagina; está formada principalmente por tejido conjuntivo, rico en fibras elásticas y colágenas.

Horquilla vulvar: Así se llama el lugar donde se unen los labios mayores con los menores, en su parte posterior.

Periné: Región comprendida entre la horquilla vulvar y el ano; está constituido por músculos transversos del periné bulbocavernoso y del elevador del ano.

Vestíbulo: La zona del vestíbulo está limitada por los labios menores a los lados, el frenillo pudendo por detrás y por la uretra y el clitoris por delante; la abertura de la vagina (o entronque vaginal) con el vestíbulo está limitada por el himen.

Organos Genitales Internos

Útero: Es un órgano muscular en forma de pera, el cual está formada por tres capas, a saber; serosa, muscular y mucosa:

La capa serosa esta formada por el peritoneo que recubre al útero, al que esta firmemente adherido, excepto inmediatamente por encima de la vejiga y en los bordes, donde se desvía hacia los ligamentos anchos.

Endometrio es la capa interna de útero, también conocida como mucosa, que sirve de revestimiento a la cavidad uterina en mujeres no gestantes. Consiste en

⁶ MONDRAGON, Héctor. OBSTETRICIA. Pág. 14

un membrana delgada, aterciopelada de color rosado; se observa en gran número diminutos orificios que corresponden a las glándulas uterinas; consta de epitelio superficial, glándulas y tejido interglandular rico en vasos sanguíneos.

Miometrio es el tejido muscular que forma la pared del útero, y consiste en fascículos de fibras musculares lisas, unidos por tejido conjuntivo rico en fibras elásticas. Se comunica por arriba con las trompas uterinas y por abajo con la vagina. Las trompas uterinas se unen al útero en los ángulos superiores. La porción redonda, que se extiende por arriba del plano que pasa a través de los puntos de inserción de las dos trompas, se denomina fondo uterino. La cavidad del cuerpo es burdamente triangular con la base invertida. El istmo forma el orificio interno del útero.

Trompas Uterinas: Sirven para conducir los óvulos al útero. El curso de cada trompa es casi horizontal al principio y ligeramente hacia atrás, y se divide en el istmo que constituye la porción estrecha y casi recta adyacente al útero. Siguiendo al istmo se haya la ampolla, que es más ancha y tortuosa. Termina en una dilatación como embudo, llamada el infundíbulo.

Ovarios: Los ovarios son glándulas que guardan semejanza a almendras voluminosas en dimensiones y forma; están situados uno a cada lado del útero, por debajo y por atrás de las trompas uterinas. Cada ovario se dispone entre los pliegues del ligamento ancho, y está unido a la superficie posterior del mismo.

Sus funciones principales son la ovulación y secreción. Los óvulos se desarrollan y maduran en los ovarios y son expulsados de los mismos hacia la cavidad pélvica, de donde son captados y transportados al interior de la trompa uterina.

Los ovarios secretan las hormonas femeninas, estrógeno (principalmente estradiol y estrona) y progesterona.

Vagina: es un conducto muscular que se extiende desde el útero hasta el vestíbulo de los genitales externos. La parte donde se une el vestíbulo y la vagina se conoce como fondo de saco, el cual se divide en cuatro regiones: cúpula anterior, cúpula posterior y dos cúpulas laterales.

Peritoneo: el peritoneo envuelve la pared abdominal en su cara interna, se refleja y cubre el fondo y la cara posterior de la vejiga; así mismo, se refleja para cubrir la cara anterior del útero formando un fondo de saco.

Fisiología de la Reproducción

Eje Hipotálamo-hipófisis-ovario: El hipotálamo regula la secreción de la adenohipófisis mediante hormonas que, a través de su sistema portal, se acumulan en el lóbulo posterior de la hipófisis y estimulan o inhiben la secreción de hormonas gonadotrópicas.

"La adenohipófisis, mediante células basófilas en el lóbulo anterior, produce las hormonas gonadotrópicas; hormona estimulante del folículo (HEF), hormona luteinizante (HL) o estimulante de células intersticiales (HECI), glucoproteínas solubles y otras glucoproteínas, cuya secreción es controlada por hormonas hipotalámicas y ováricas, así como por las mismas gonadotropinas."⁹

En los núcleos hipotalámicos se originan la hormona liberadora de HEF y la hormona liberadora de HL que, a través del sistema portal, estimulan la adenohipófisis para que produzca HEF y HL, las cuales actúan sobre el ovario,

* IBIDEM. Pág. 24

estimulando la maduración ovular, el crecimiento folicular, la ovulación y simultáneamente la producción de estrógenos y progesterona. El ciclo menstrual promedio tiene una duración de 28 días en el que se involucra el hipotálamo, la hipófisis, los ovarios y el revestimiento endometrial, siendo su expresión clínica más evidente el sangrado transvaginal cíclico llamado menstruación.

Las fases del ciclo se designan tradicionalmente según los cambios que ocurren en el ovario (la fase folicular y la fase lútea) o según los cambios que ocurren en el endometrio del útero (la fase menstrual, la fase proliferativa y la fase secretora).

Ciclo ovárico:

Este se divide en 3 fases:

Fase folicular. Al terminar una menstruación, varios folículos son liberados de la acción inhibitoria que ha ejercido el cuerpo amarillo sobre la hipófisis del ciclo anterior; sólo uno alcanza la madurez; liberando un óvulo; el resto presenta atresia folicular; este desarrollo depende de la presencia de las hormonas gonadotrópicas HEF y HL; el ovario responde produciendo estrógenos en forma simultánea al crecimiento del folículo y maduración del óvulo.

Fase ovular. Tiene lugar aproximadamente en la mitad del intervalo entre una menstruación y la siguiente (día 14), y depende de la proporción existente entre los niveles de HEF y HL, que se ven afectados por la producción de estrógenos; de esta forma se libera un óvulo maduro.

Fase lútea. Con la formación del cuerpo amarillo, ocurre la producción de progesterona que pronto alcanza niveles elevados. Las gonadotropinas hipofisarias sufren un descenso en sus niveles por la acción inhibitoria que ejercen los estrógenos y la progesterona.

Ciclo endometrial:

Se divide en 3 fases:

Proliferativa o estrogénica. Esta fase se presenta del 1° al 14° día del ciclo y se caracteriza por el desarrollo de los diferentes componentes del endometrio (vasos, glándulas y estromas).

Secretora o progesterónica. Ocurre entre el 14° y el 28° día, y aparece secreción en la luz glandular, haciendo propicio al endometrio para que ocurra la nidación, al almacenar glucógeno y presentarse niveles crecientes de estrógenos y progesterona.

Menstrual. Es el primer día del ciclo menstrual se desprende la capa superficial del endometrio la sangre es predominantemente arterial y un 25% es de origen venoso. Contiene desechos tisulares, prostaglandinas y cantidades grandes de fibrinolisisina del tejido endometrial. La duración ordinaria del ciclo menstrual es de 3 a 5 días, pueden tener flujos que duran de uno a ocho días. "La cantidad promedio de sangre perdida es de 30ml, pero puede variar en condiciones

normales desde manchas ligeras hasta los 80ml.¹⁰

Este desprendimiento endometrial es debido a los bajos niveles de estrógeno y progesterona durante los últimos días del ciclo anterior; también son responsables por los patrones hormonales del hipotálamo y la hipófisis que inician un nuevo ciclo.

Cambios cíclicos en el cuello uterino: la mucosa del cuello uterino no experimenta descamación ciclica, pero se producen cambios regulares en el moco cervical. Los estrógenos hacen el moco más diluido y alcalino; estos cambios fomentan la supervivencia y el transporte de los espermatozoides. La progesterona hace que el moco se vuelva espeso, tenaz y lleno de células esto se incrementa hacia la mitad del ciclo.

Ciclo vaginal: El epitelio vaginal se cornifica bajo la influencia de los estrógenos, y cuando hay progesterona se incrementa moco espeso y prolifera el epitelio.

Cambios cíclicos en las mamas: Los estrógenos hacen que proliferen los conductos mamarios, en tanto que la progesterona produce crecimiento de los lóbulos y alvéolos. Tumefacción, hipersensibilidad y dolor mamario que presentan muchas mujeres durante los 10 días que precede a la menstruación, se deben probablemente a la distensión de los conductos e hiperemia de los mismos y edema del tejido intersticial de las mismas mamas. Todos estos cambios experimentan regresión, simultáneamente con los síntomas, durante la menstruación.

Estrógenos: Los estrógenos facilitan el crecimiento de los folículos ováricos y aumentan la movilidad de las trompas uterinas; aumenta el flujo sanguíneo uterino y tiene efectos importantes sobre su músculo liso. El estroma ovárico también puede producir andrógenos y estrógenos; pero el 17 β -estradiol es el principal estrógeno secretado y está en equilibrio en la circulación con la estroma; está después se metaboliza a estradiol que es el estrógeno más importante de los tres y el estríol el menos.

"El tratamiento estrogénico prolongado puede causar hipertrofia endometrial. Cuando se discontinúa hay algo de desprendimiento de tejido muerto y hemorragia por supresión. Durante el tratamiento prolongado también hay algo de éste tipo de hemorragia."¹¹

Progesterona: la progesterona es un esteroide C21 secretado por el cuerpo lúteo y la placenta. Durante la etapa lútea, el cuerpo lúteo produce grandes cantidades de progesterona y aumenta la secreción ovárica unas 20 veces.

Los principales órganos blanco de la progesterona son el útero, las mamas y el cerebro. Tiene efectos antiestrogénicos sobre las células del miometrio, disminuye su excitabilidad y su sensibilidad a la oxitocina y a su actividad espontánea.

¹⁰ PERNOLL, L. Martín. Diagnóstico y Tratamiento.....Pág. 142

¹¹ IBIDEM. Pág. 145

En la mama la progesterona estimula el desarrollo de los lóbulos y alvéolos; induce la diferenciación del tejido conectivo preparado por el estrógeno, y apoya la función secretora de la mama durante la lactancia. La progesterona en grandes dosis inhibe la secreción de LH, y potencia los efectos inhibidores de los estrógenos y, por lo tanto, puede evitar la ovulación en la mujer.

1.2.5 Métodos Anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de los individuos en forma temporal o permanente.

Métodos Anticonceptivos Permanentes

A.- Oclusión Tubaria Bilateral (OTB)

B.- Vasectomía.

Métodos Anticonceptivos Temporales

- a) Métodos Naturales.
- b) Métodos de Barrera.
- c) Dispositivo Intrauterino (DIU).
- d) Método Hormonal Subdérmico.
- e) Métodos Hormonales Orales.
- f) Métodos Hormonales Inyectables.

1.2.5.1 Métodos Anticonceptivos Permanentes

A. Oclusión Tubaria Bilateral (OTB):

Consiste en la oclusión de ambas trompas uterinas, con el fin de evitar la fecundación.

Efectividad Anticonceptiva.

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

Indicaciones:

- Paridad satisfecha.
- Razones médicas.
- Retardo mental.

Contraindicaciones:

- Enfermedad inflamatoria pélvica activa.

Precauciones:

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

Efectos Colaterales:

- Pueden presentarse, ocasionalmente, problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural, o anestesia general) o quirúrgico (hemorragia o infección); frecuentemente hay dolor y hematomas en algunos casos.

Duración de la protección anticonceptiva

Este método anticonceptivo es permanente. La aceptante debe estar consciente de esta característica antes de la realización del procedimiento.

B. Vasectomía

Consiste en bloquear los conductos deferentes para impedir el paso de espermatozoides; para realizarlo, hay dos tipos de procedimientos: la técnica tradicional (con bisturí) y la de Li (sin bisturí).

Efectividad Anticonceptiva

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

Indicaciones

Es 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.

Contraindicaciones

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

Precauciones

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

Efectos Colaterales

- Equimosis.
- Hematoma.
- Infección.
- Granuloma espermático.
- Epididimitis.

Duración Anticonceptiva.

La vasectomía no es efectiva en forma inmediata; para no disminuir la protección que otorga éste método, es necesario que el paciente use preservativo o su cónyuge use un método temporal hasta que el usuario tenga un mínimo de 25

eyaculaciones, que hayan transcurrido tres meses después de la intervención o se practique una espermatoconteo y este resulte negativo."¹²

1.2.5.2 Métodos Anticonceptivos Temporales

a) Métodos Anticonceptivos Naturales

Son los métodos por medio de los cuales se evita el embarazo planeando la relación sexual, de acuerdo con los periodos fértiles e infértiles de la mujer. Los métodos naturales más usados son: método del calendario, también llamado del ritmo o de Ogino-Knaus; método de la temperatura basal, método del moco cervical o de Billings, método sintotérmico y coito interrumpido.

Efectividad anticonceptiva.

Bajo condiciones habituales de uso, estos métodos brindan protección anticonceptiva del 70 al 80% .

Indicaciones.

Estos métodos pueden aplicarse a mujeres en edad fértil con vida sexual activa, que requieran regular su fertilidad de manera temporal, y que no deseen usar un método temporal artificial.

Contraindicaciones

- Riesgo reproductivo elevado.
- Mujeres con ciclos menstruales irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación.
- Falta de habilidad y destreza de la mujer para reconocer las características de su ciclo menstrual, de los cambios en el moco cervical, de 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.

Precauciones

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

Efectos Colaterales

No se describen efectos colaterales atribuibles a estos métodos. Sin embargo, cuando existe falta de colaboración entre los integrantes de la pareja esto puede ser motivo de desavenencia conyugal y tensión emocional.

Duración Anticonceptiva

La duración de la protección anticonceptiva de los métodos naturales se extiende a su práctica constante y correcta.

Método del calendario, del ritmo o de Ogino- Knaus

Como resultado de la observación continua durante un año la pareja puede

¹² Secretaría de Salud. Actualización en Métodos Anticonceptivos. Pág. 56

estimar el principio de su periodo fértil restando 19 días del ciclo más corto y calcula el fin del periodo más corto y calcula el fin del periodo fértil restando 12 días del ciclo más corto. Durante este tiempo se deben evitar las relaciones sexuales. Debido a que pocas mujeres tienen ciclo menstruales de duración uniforme, a menudo los cálculos del periodo fértil son demasiados amplios y requieren de abstinencia prolongada.

Método de la temperatura

Este método depende de 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 5 horas de sueño continuo. La medición puede ser oral, rectal o vaginal; la más exacta es la rectal. Se deben registrar gráficamente los resultados de la medición, para poder observar los cambios térmicos que indiquen si se produjo la ovulación. Este cambio es discreto, varía de 0.2 a 0.4 grados centígrados. Si se pretende evitar la concepción, la pareja debe abstenerse entre el primer día de la menstruación y el tercer día después de la elevación de la temperatura, para poder tener relaciones sexuales. Este método detecta el momento de la ovulación pero no sirve para predecirla.

Método del Moco Cervical o de Billings

Consiste en la toma de moco cervical con los dedos índice y pulgar para verificar su aspecto y elasticidad; puede servir para la predicción de la ovulación. 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 y lubricación que se observa cerca de la ovulación. El síntoma máximo es un moco elástico, que se toma entre los dedos y se observa filante. La abstinencia sexual se debe iniciar al primer día del ciclo menstrual en que se observa el moco abundante y lubricante, y se continúa hasta el cuarto día después de presentarse el moco cervical filante o síntoma máximo; de los métodos naturales éste es el más exacto.

Método Sintotérmico

En éste se combinan los métodos de la temperatura basal, de Ogino- Knaus y el de Billings, para determinar el período fértil de la mujer.

" Aunque este método puede incrementar la confianza de la mujer en la correcta identificación de sus días fértiles e infértiles, su complejidad hace que sea más difícil de aprender e interpretar".¹³

En algunas mujeres los signos y síntomas no coinciden para dar una clara indicación de fertilidad.

Coito Interrumpido.

Es el método que consiste en retirar el pene antes de eyacular. Tiene la desventaja de requerir suficiente autocontrol del hombre. El método, al parecer, sólo es ligeramente menos eficaz que los métodos mecánicos o químicos. El fracaso puede deberse al escape de semen antes del orgasmo o el depósito del mismo sobre los genitales femeninos externos cercanos a la vagina.

¹³ HATCHER, Robert. A. *Tecnología Anticonceptiva*. Pág. 447

b) Métodos de Barrera

Son métodos anticonceptivos de uso temporal, que interfieren en la fecundación de manera mecánica o química.

El método de barrera para el hombre más usado es el condón o preservativo: consiste en una bolsa de látex, que se coloca al pene en erección para evitar el paso de espermatozoide; algunos contienen además un espermicida (nonoxinol-9).

Efectividad Anticonceptiva

Bajo condiciones habituales, este método brinda protección anticonceptiva del 85% al 97%.

Indicaciones

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

Contraindicaciones

- Alergia o Hipersensibilidad al látex o al espermicida.
- Disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil.

Efectos Colaterales

- Intolerancia al látex o al espermicida.

c) Dispositivo Intrauterino (DIU)

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

Descripción

El DIU más usado es uno en forma semejante a la T; es de polietileno flexible y contiene un principio activo o coadyuvante de cobre o de cobre y plata, con hilos guías.

Mecanismo de Acción

El mecanismo exacto no se conoce completamente, pero incluye efectos sobre:

- Espermatozoides.- Los inmoviliza e interfiere con su migración a las trompas uterinas.
- Ovulos.- Acelera el transporte del óvulo a través de la trompa uterina.
- Implantación.- Produce lisis del blastocito o previene la implantación debido a la respuesta inflamatoria local a cuerpos extraños; inhibe la implantación, aumenta la producción local de prostaglandinas y aumenta el proceso de maduración proliferativo-secretor del endometrio (DIU con progestágenos).
- Endometrio.- El cobre puede interferir en la fijación de estrógenos y sus efectos intracelulares sobre el endometrio.

Efectividad Anticonceptiva

"Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 95% al 99%."¹⁴

Indicaciones.

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

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

Contraindicaciones

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

Precauciones

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

Efectos Colaterales

Los efectos colaterales son poco frecuentes, generalmente limitados a los primeros meses posteriores a la inserción, y se puede manifestar como:

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

Duración de la Protección Anticonceptiva

La protección anticonceptiva varía de acuerdo con el principio activo o coadyuvante que contenga, el más común es el DIU Tcu 380A, que tiene una duración de 6 a 8 años.

¹⁴ SECRETARÍA DE SALUD. Norma Oficial Mexicana..... Pág. 43

d) Método Hormonal Subdérmico

Es un método anticonceptivo temporal de acción prolongada, que se inserta subdérmicamente, y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética (no contiene estrógenos).

Formulación

Seis cápsulas que contienen cada una 36mg. de levonorgestrel.

Efectividad Anticonceptiva

Brinda protección anticonceptiva superior al 99% durante el primer año y disminuye gradualmente (96.5% al quinto año de uso).

Indicaciones

Esta indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes con patrón menstrual regular, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción que no requiere de la toma o aplicación periódica, 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.
- En posaborto inmediato.

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 anticonvulsivos.

Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Insuficiencia renal.
- Cardiopatía isquémica.
- Depresión importante.
- Migraña focal.
- Debe considerarse la posibilidad de disminución de efectividad del método de 2 años de uso en mujeres con peso mayor de 70kg.

Efectos Colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

- Hematoma en el área de aplicación.
- Infección local.
- Dermatosis.

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

Duración Anticonceptiva

"Hasta cinco años después de la inserción."¹⁵

e) Métodos Hormonales Orales

Los métodos anticonceptivos hormonales orales son métodos temporales y se pueden encontrar combinados con estrógenos y progestina.

Formulación

Contienen un estrógeno sintético: etinil estradiol (20-50 mg); además del estrógeno, contienen uno de cualesquiera de las siguientes progestinas sintéticas : progestina norestisterona (400mg-1mg), norgestrel (300-500 mg), levonorgestrel(50-25mg), gestodeno(75mg), norgestimato(250mg) y desogestrel (150 mg).

Presentación

Se presenta en caja de 21 tabletas o grageas, que contienen cada una dosis constantes del estrógeno y de la progestina. Algunas presentaciones incluyen 7 tabletas o grageas adicionales que no contienen hormonas, sino sólo hierro o lactosa, resultando ciclos de 28 tabletas o grageas para administración ininterrumpida.

Mecanismo de Acción

a) Mecanismos de acción en el nivel central. En el hipotálamo existen múltiples interacciones de enorme complejidad; es aquí en donde los compuestos hormonales modifican la secreción de la hormona liberadora de gonadotropinas provocando que, en el nivel hipofisiario, se bloquee la liberación de la hormona luteinizante (HL) y hormona estimulante del folículo (HFE).

b) Mecanismos de acción a nivel periférico

Ovario: " el bloqueo de la liberación de LH y HFE, que ocurren a nivel central, provoca que en el ovario no se efectúe la maduración folicular y, por lo tanto, no se presenta la ovulación " Los ovarios disminuyen de tamaño, hay engrosamiento de la túnica albugínea, a veces del estroma ovárico, cambios que son reversibles ante la suspensión de los hormonales.

c) Oviductos: los anticonceptivos alteran la motilidad de los oviductos, por lo tanto el transporte de los gametos, lo que rompe la sincronización de posible encuentro entre el óvulo y el espermatozoide.

¹⁵ IBIDEM. Pág. 45

d) Endometrio: los anticonceptivos, por un lado, hacen que la porción glandular no tenga un desarrollo óptimo y, por otro, el estroma sufre una decidualización con edema moderado (endometrio desfasado), lo que origina un medio hostil a la implantación del blastocito.

e) Cuello Uterino: los anticonceptivos hormonales vuelven al moco cervical escaso y espeso, disminuyendo su filancia e impidiendo así la penetración espermática.

Efectos Metabólicos

a) Metabolismo Lípido: los estrógenos incrementan el nivel de lipoproteínas de alta densidad (HDL), y los prostágenos tienden a disminuirla; se ha demostrado que no existen cambios en las concentraciones de colesterol total y lipoproteínas de baja densidad (LDL). Para las mujeres, el uso del anticonceptivo es sólo un factor de riesgo menor, y no está asociado en forma significativa al desarrollo de enfermedad cardiovascular a menos que exista otro factor de riesgo.

b) Metabolismo Proteico: los hormonales combinados con 50 mcg o más de estrógeno, se relacionan con mayor riesgo de fenómenos tromboembólicos, como consecuencia del aumento de fibrinógeno y de los factores VII y X de la coagulación y disminución de la actividad antitrombina III. Referente al metabolismo de aminoácidos, se ha detectado alteración en el metabolismo hepático del triptofano, el que abate los niveles séricos de serotonina en el nivel cerebral que puede inducir a la aparición de trastornos psiquiátricos.

c) Metabolismo Hidroelectrolítico: los esteroides favorecen la retención de sodio y por lo tanto de agua, lo que se traduce en un discreto aumento ponderal.

d) Efecto sobre los cromosomas.- los esteroides no son agentes genotóxicos, pero: "Las grandes dosis, estimulan el crecimiento del aparato masculino y la virilización de los genitales externos en el feto femenino".¹⁶

Efectividad Anticonceptiva

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

Indicaciones

Esta indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multiparas, incluyendo adolescentes que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de tabletas o gageas.

¹⁶ PEREZ, Palacios Gregorio. Avances Recientes en.....Pág. 17

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 cáncer mamario o de cérvix.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivos.

Precauciones

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

Efectos Colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

- Cefalea.
- Náusea.
- Vómito.
- Mareo.
- Mastalgia.
- Cloasma.
- Manchado intermenstrual.

Duración Anticonceptiva

Está limitada a cada uno de los ciclos durante los cuales se ingieren las tabletas o grageas en forma correcta.

f) Métodos Anticonceptivos Hormonales Inyectables

Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos temporales de larga acción y se dividen en dos grupos:

- Los que contienen sólo progestina.
- Los combinados que contienen estrógeno y progestina.

Hormonales Inyectables que sólo contienen progestina.

Formulación

Contienen una progestina sintética, enantato de noretisterona NET-EN (200mg); ó acetato de medroxiprogesterona, DMPA (150mg).

Presentación

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

Efectividad Anticonceptiva

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

Indicaciones

- Mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nullparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de larga acción e inyectable.

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 anticonvulsivos.

Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Insuficiencia renal.
- Cardiopatía isquémica.
- Depresión importante.
- Migraña focal.
- Mujeres que deseen embarazarse en un período menor a 9 meses después de suspender el anticonceptivo.
- Alteraciones de la coagulación.

Efectos Colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

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

Duración Anticonceptiva

- La duración anticonceptiva conferida por NET-EN, se extiende por lo menos a los 60 días que sigue a la inyección, aunque en general es más prolongada.
- La protección anticonceptiva conferida por DMPA, se extiende por lo menos a los 90 días que sigue a la inyección aunque en general es más prolongada.

1.2.6 Método Anticonceptivo Mensual Inyectable CYCLOFEM

1.2.6.1 Introducción

En las últimas dos décadas el uso de anticonceptivos se ha incrementado sustancialmente alrededor del mundo, así como la búsqueda de más y mejores opciones en metodología anticonceptiva moderna, las cuales cubran los requerimientos socioeconómicos y socioculturales de todos los países.

El Programa Especial de la Reproducción Humana, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1981 convocó a una reunión de expertos en la cual se revisó el tema de la anticoncepción con inyectables de sólo progestágeno; en el informe de esa reunión se recalzó la necesidad de métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada, y señaló a las irregularidades menstruales como la razón principal de discontinuación de estos métodos de progestágeno sólo.

Para tratar de superar este problema, se han desarrollado y revisado ampliamente las formulaciones combinadas de progestágeno/estrógeno. En 1993, alrededor de dos millones de mujeres estaban usando anticonceptivos inyectables combinados mensuales, principalmente en América Latina y China con algunos otros países, participando en el desarrollo e introducción de una nueva preparación. En México, el Programa Especial de Biología de la Reproducción, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, de la Secretaría de Salud (SSA), produjo Cyclofem, que es un formulación hormonal mensual de administración parenteral, con un amplio perfil de anticoncepción, gran especificidad fisiológica y notable margen de seguridad.

Breve Resumen de la Historia de Cyclofem

Coutinho y Souza, en 1968, investigaron esta preparación combinada y encontraron que 74% de los ciclos eran de duración normal. Posteriormente, la OMS ha realizado una cantidad importante de investigaciones en 14 países entre ellos Australia, Brasil, China, Indonesia, Tailandia, Nueva Zelanda, Suiza, Suecia, Inglaterra, Estados Unidos de Norteamérica y México.

Este último el estudio clínico introductor, se inició en junio de 1989, con el respaldo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), contando con 3,457 mujeres, realizado en seis jurisdicciones sanitarias de tres entidades federativas de la República Mexicana.

ESTADO	JURISDICCION
Guanajuato	Irapuato y León
Sinaloa	Guasave y Culiacán
Veracruz	Veracruz y San Andrés Tuxtla

1.2.6.2 Formulación

Conocido anteriormente como Cyclopovera (fórmula original de Upjohn y desarrollada más tarde por la OMS), contiene:

NOMBRE	PROGESTAGENO	DOSIS	ESTROGENO	DOSIS
Cyclofem	Acetato de Medroxiprogesterona (MPA)	25 mg.	Cipionato de Estradiol (CE ₂)	5 mg.

1.2.6.3 Presentación

Frasco con suspensión acuosa microcristalina, que contiene: acetato de medroxiprogesterona 25 mg. cipionato de estradiol 5 mg.

1.2.6.4 Mecanismo de acción

Cyclofem fundamentalmente inhibe el eje hipotálamo-hipófisis-ovario, por medio de la supresión de la secreción de la Hormona Folículo Estimulante (FSH) y la Hormona Luteinizante (LH), impidiendo así el desarrollo folicular y la ovulación. Así mismo, ejerce un efecto periférico sobre el ovario, endometrio y moco cervical, coadyuvando a su estado anticonceptivo.

Liberación paulatina y regular de hormonas.

El contenido hormonal de Cyclofem, después de su aplicación en el músculo glúteo, comienza a liberarse paulatinamente, en concentraciones ínfimas y graduales que, al mantener un nivel hemático estable, no permiten que exista un incremento brusco (al igual que ocurre con las hormonas producidas fisiológicamente), evitando con ello el paso por la fase hepática, que efectúan los hormonales orales.

Cyclofem produce un nivel hormonal suficiente para lograr la inhibición de la ovulación en forma constante durante 24 horas, por lo cual su metabolismo hepático es más fácil.

Efectividad Anticonceptiva

Después de analizar los resultados farmacológicos-clínicos de investigación (Fase III) realizados en e nivel mundial, los cuales incluyeron a 9,793 mujeres, con más de 102,058 ciclos, se concluyó la notable efectividad (98.8%) superior a la efectividad de los anticonceptivos orales.

Estudios en animales (toxicología)

Estudios realizados en ratones, ratas y monos, demostraron que la combinación hormonal de Cyclofem tiene un nivel comparable de seguridad que el de otros anticonceptivos combinados. Es decir, Cyclofem no mostró evidencias de toxicidad, o de efectos carcinogénicos.

Estudios en el ser humano

Hasta el momento se han publicado estudios al nivel mundial solamente con la Progestina Medroxiprogesterona (MPA), los cuales no muestran ser dañinos al ser humano. Hay una base de información que incluye a 4,234 usuarias de Cyclofem en América Latina (41,226 meses-mujer); se espera la pronta publicación de los resultados

Farmacocinética y farmacodinamia

(Absorción, distribución, metabolismo y eliminación)

El Acetato de Medroxiprogesterona (MPA) es un progestágeno eficaz, que tiene características similares a la progesterona fisiológica; posee afinidad por los receptores androgénicos, y es mayormente transportada por la globulina transportadora de corticosteroides, manteniendo una gran actividad anovulatoria y antagonotrópica. Se absorbe intramuscularmente en manera gradual, manteniendo niveles en el plasma sanguíneo constante y alcanzando concentraciones séricas máximas de los 3 a 6 días. La biotransformación se efectúa a través de los procesos hepáticos de hidroxilación y conjugación, mediante un equilibrio que sostiene una biodisponibilidad que es mayor al 80% de la dosis inicial administrada, eliminándose en forma fraccionada y constante, evita procesos acumulativos y es excretado por la orina y materia fecal simultáneamente.

El Cipionato de Estradiol (CE₂) es un estrógeno eficaz, el cual es metabolizado principalmente por el hígado, y es eliminado por la orina o puede ser conjugado y eliminado por la bilis o por las heces fecales.

Retorno a la Ovulación

Se ha confirmado que se regresa a la ovulación entre el primero y segundo mes después de la suspensión del inyectable.

Perfil de Sangrado Endometrial

El control del ciclo con Cyclofem es adecuado, y solamente el 14.9% de las mujeres participantes en estudios clínicos presentaron irregularidades menstruales después de la primera inyección. Este porcentaje disminuyó al 7.6% al tercer mes de uso, al 5.9% al sexto mes y solo 2.7% al año de aplicación ininterrumpida.

Variación de Peso Corporal

En un estudio multicéntrico controlado, realizado en 2,328 mujeres (10,969 ciclos de uso), el promedio de incremento o disminución del peso corporal, en los casos en que se presentó, fue de 840 grs en un año (con un 95% de confianza), esto es, de 710 a 970 grs; Por lo tanto, si la paciente no altera o excede su dieta, no debe esperarse variación (disminución o aumento) en su peso corporal inicial.

Variaciones en la Presión Arterial

En 1,168 mujeres se observó un ligero incremento en la presión sanguínea sistólica de 0.55 mmHg y en la diastólica de 0.34 mmHg, lo cual no tiene significación clínica de importancia (estudio fase III en usuarias de Cyclofem con uso continuo de un año).

Efectos en el Metabolismo de Lípidos y Lipoproteínas

En estudios recientes se ha demostrado que 25 mg de MPA sólo disminuye levemente el nivel de colesterol y, cuando se administra conjuntamente con 5 mg de Cipionato de Estradiol, no presenta modificación alguna.

La aplicación de Cycloferm aun por tiempo prolongado, no produce cambios estadísticamente significativos en los siguientes rubros:

	ANTES APLICACION	DESPUES DE 6 MESES
Hemoglobina (g/dl)	12.0 ± 1.8	11.6 + 0.9
Hematócrito (%)	35.7 + 3.4	37.9 +4.4
Glucosa Sanguínea	135.8 + 27.2	118.8 + 23.2
Colesterol Sérico (Mg/dl)	165.9 + 28	160.4 + 5.3
Colesterol Alta Densidad	37.6 + 5.2	34.4 + 5.3
Proteínas Totales Séricas	7.5 + 0.6	7.1 + 0.4
A/G	1.9 + 0.5	2.0 + 0.6
TSGO (U/L)	27.9 + 7.3	29.1 + 0.9
TSGP (U/L)	19.4 + 6.6	19.1 + 4.8

1.2.6.5 Indicaciones

Este anticonceptivo inyectable está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multiparas, incluyendo adolescentes, que deseen retardar su primer embarazo, o que buscan espaciar o limitar los nacimientos.

-Después de un aborto (apliquelo en los primeros días).

-Después del parto o cesárea; en este último caso se utilizará si la mujer no está amamantando, y lo aplicará tres semanas después de la operación cesárea.

1.2.6.6 Contraindicaciones

- Tener o haber tenido cáncer mamario o de cérvix.

- Embarazo o sospecha de embarazo.

- Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica o cardiopatía reumática.

- Lactancia hasta el principio del destete.

- Tener enfermedad hepática aguda o crónica activa.

- Durante la administración crónica de anticonvulsivos o rifampicina.

1.2.6.7 Precauciones

- Hemorragia anormal de las vías genitales, no diagnosticada (en particular excluir tumor maligno)

- Tabaquismo en mayores de 35 años de edad.

- Hipertensión arterial (sistólica mayor a 140 mmHg o diastólica mayor de 90 mmHg).

- Diabetes mellitus no controlada.
- Migraña Focal.
- Leiomiomatosis uterina.
- Insuficiencia renal.
- Alteraciones de la coagulación.

1.2.6.8 Efectos Colaterales

Algunas usuarias pueden presentar, por lo general en forma transitoria: Irregularidades menstruales.

Después de la primera aplicación de Cycloferm, la siguiente menstruación se adelanta de 10 a 15 días antes de la fecha esperada. Posteriormente, durante los primeros tres meses de uso pueden tener sangrados irregulares, frecuentes o prolongados.

Un número reducido de mujeres pueden presentar amenorrea. En este caso deberá descartarse embarazo, y reforzar la orientación manifestándole a la usuaria que las alteraciones se deben al efecto del inyectable, y que no representan signos de enfermedad y que desaparecerán en un tiempo de 3 a 6 meses.

En caso de que los trastornos menstruales resulten intolerables deberá suspender el inyectable y cambiar a otro método.

Otros efectos colaterales pueden ser:

Cefalea

Náusea

Vómito

Mareo

Mastalgia

Aumento de peso corporal

En la mayoría de estos casos es necesario reforzar la orientación.

1.2.6.9 Forma de Administración

El Cycloferm se aplica por vía intramuscular profunda en 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 que la usuaria no está embarazada.

Si el método se inicia después del quinto día del ciclo menstrual, debe usarse en forma simultánea un método de barrera durante los primeros siete días después de la inyección. Las inyecciones subsecuentes deben aplicarse 30 +/- 3 días, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

(Calendario 1)

OCTUBRE							NOVIEMBRE					DICIEMBRE								
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
						1	⑥	7	8	9	10	11	12	4	⑤	6	7	8	9	10
2																				
9	10	11	12	13	14	15	13	14	15	16	17	18	19	11	12	13	14	15	16	17
16	17	18	19	20	21	22	20	21	22	23	24	25	26	18	19	20	21	22	23	24
23	24	25	26	27	28	29	27	28	29	30				25	26	27	28	29	30	31
30	31																			

* Fecha de aplicación de Cyclofem.

Ciclo menstrual.

Si la usuaria de Norentindrona (inyectable de progestina) quiere cambiar a Cyclofem, podrá recibir la primera dosis el día que tenga programada la aplicación de la Norentindrona. Posteriormente se debe aplicar cada 30 +/- 3 días independiente de cuando se presente el sangrado menstrual (calendario 2).

OCTUBRE							NOVIEMBRE					DICIEMBRE								
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
						1	⑥	7	8	9	10	11	12	4	⑤	6	7	8	9	10
2	3	4	5	6	7	8														
9	10	11	12	13	14	15	13	14	15	16	17	18	19	11	12	13	14	15	16	17
16	17	18	19	20	21	22	20	21	22	23	24	25	26	18	19	20	21	22	23	24
23	24	25	26	27	28	29	27	28	29	30				25	26	27	28	29	30	31
30	31																			

* Fecha de aplicación de Cyclofem.

Ciclo menstrual.

Posibilidades de aplicación.

En el posparto o poscesárea, cuando la mujer no efectúe la lactancia, la administración de Cyclofem se puede iniciar después de la tercera semana.

El Cyclofem se puede utilizar inmediatamente después de un aborto, y en la primer semana debe suspenderse 45 días antes de una posible operación quirúrgica mayor electiva, o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad, y podrá reiniciar el uso de Cyclofem dos semanas después.

1.2.6.10 Lineamientos Generales para la Prescripción

Cyclofem puede obtenerse en unidades de atención médica y en programas de distribución comunitaria, como la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC), y en farmacias con el nombre de Cyclofemina.

Al igual que con otros métodos, antes de prescribir Cyclofem es necesario proporcionar orientación, así como medir la presión arterial y peso, practicar examen pélvico, de mamas y tomar una muestra para citología cérvico-vaginal (papanicolaou). Si la paciente es adolescente el examen pélvico y la toma de la muestra pueden diferirse para otras fechas.

1.2.6.11 Seguimiento a la Usuaría

Es recomendable revisar a la usuaria a los 30 días después de la visita inicial y posteriormente cada año, o cuando la usuaria o el personal de salud lo estimen necesario. Es importante que en cada visita se refuerce la orientación, se valore la satisfacción con el método y se informe sobre los posibles efectos colaterales y, si no hay problema, se aplica la siguiente inyección.

1.2.7 Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC)

1.2.7.1 Antecedentes

México es un país que, por su amplia extensión territorial, ha favorecido la formación de asentamientos humanos, y sus características geográficas han contribuido a su dispersión y ubicación en zonas de difícil acceso; la dispersión es tan elevada que, de acuerdo al XI Censo Nacional de Población y Vivienda, existen 154,016 localidades menores de 2,500 habitantes, de las cuales 13,465 son de 500 a 2,500 habitantes y 140,551 son menores de 500; todas estas localidades representan el 98.3% del total de localidades existentes en el país y en éstas habitan el 28.7% del total de la población nacional.

La Secretaría de Salud tiene la responsabilidad de atender a estas poblaciones. Han sido múltiples y variadas las iniciativas que, en materia de salud, se han realizado en las áreas rurales, y las más recientes son el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) y el Programa Comunitario Rural (PCR), ambos pertenecientes a la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Dichos programas compartían la misma ideología, en cuanto a la participación del personal de la comunidad, pero diferían en relación a los servicios prestados y respecto al sistema de supervisión. Tanto el PEC como el PCR, comenzaron sus operaciones simultáneamente en el año de 1977 en diferentes áreas geográficas del país y, a partir de 1979, se fusionaron para constituir el Programa de Salud Rural (PSR), que incluye lo que se vio que había resultado más eficaz de ambas experiencias. Con base en lo observado con este programa, en 1984 la Secretaría de Salud crea la Estrategia de Extensión de Cobertura.

1.2.7.2 Situación actual

La EEC se define como el conjunto de servicios básicos de atención primaria a la salud, que se proporcionan a través de una Auxiliar de Salud (AS) de la propia comunidad conforme al Modelo de Atención a la Salud para población Abierta (MASPA); en ésta se han considerado de importancia prioritaria la planificación familiar y la atención a la salud materno-infantil, con una concepción holística de la salud reproductiva.

La EEC tiene como objetivos proporcionar servicios de PF y atención primaria a la salud en la población rural, promover la participación de la comunidad en la satisfacción de sus necesidades, y contribuir a formar una cultura de salud a través de programas de salud educativos y preventivos, lo que coadyuva en la reducción de la fecundidad y contribuye al descenso de la morbilidad y mortalidad materno-infantil.

1.2.7 Esquema Operativo

La EEC está organizada en los siguientes niveles operativos:-

- Nivel Central.
- Nivel Estatal.
- Nivel Jurisdiccional.
- Nivel Modular.
- Nivel Comunitario.

Nivel Central.- Es representado por la Dirección General de Salud Reproductiva, de la Secretaría de Salud; aquí se establecen los lineamientos normativos y operativos, así como la tramitación administrativa de los recursos que apoyan las actividades en las entidades federativas, además de establecer la coordinación nacional con las diferentes instituciones involucradas en la EEC; en este nivel se cumplen las funciones de normatividad, programación, evaluación, supervisión, capacitación, promoción e investigación de la EEC

Nivel Estatal.- A este nivel le corresponde verificar el cumplimiento de los lineamientos normativos y operativos, la adecuada utilización de los recursos proporcionados por el nivel central. Las jefaturas de los servicios coordinados de salud pública y los servicios estatales de salud tienen a su cargo las funciones de programación, organización, supervisión, capacitación, información y evaluación de las actividades que se realizan en la EEC apoyadas por un responsable estatal del programa de Salud Reproductiva de la EEC.

Nivel Jurisdiccional.- Este nivel se responsabiliza de la coordinación operativa de los módulos; se cuenta con la participación de un (a) coordinador médico jurisdiccional con la función de coordinar, apoyar y asesorar en las actividades a la Supervisora de Auxiliares de Salud (SAS) y a las AS de la EEC. En dicho nivel se lleva a cabo la programación local así como la ejecución, supervisión, información y evaluación de las actividades de la EEC en cada uno de los módulos y unidades aplicativas comprendidas en ella.

Nivel Modular.- Nivel operativo intermedio que establece el enlace entre la comunidad y los servicios institucionales de salud. Un módulo está constituido por aproximadamente diez comunidades, y su sede es el centro de salud más cercano o intermedio a las comunidades que lo integran, al cual se le denomina cabecera de módulo, lugar donde se ubica la supervisora de auxiliares de salud, que representa el enlace entre la AS y los servicios institucionales, fortaleciendo de esta forma la cobertura de servicios de salud a la población rural.

Nivel Comunitario.- Es el nivel aplicativo esencialmente, y corresponde a las comunidades menores de 2,500 habitantes; es aquí donde se fundamentan las acciones de la EEC a través de las AS.

1.2.7.4 Perfil y Funciones de la Estructura Operativa

Perfil del coordinador (a) médico jurisdiccional:-

Médico cirujano titulado.

Residencia en la jurisdicción sanitaria.

Disponibilidad para viajar dentro del área de su jurisdicción sanitaria.

Interés en las actividades de salud reproductiva en el ámbito de PF y de atención primaria a la salud.

Motivación para trabajar en áreas rurales.

Habilidad para establecer buenas relaciones humanas, desarrollar iniciativas, tomar decisiones y conducir grupos.

Funciones del coordinador (a) médico jurisdiccional:-
Representa un apoyo permanente para el personal operativo de la EEC, y depende directamente del jefe (a) de la jurisdicción sanitaria.
Programa, coordina, dirige, supervisa, y evalúa las actividades que se llevan a cabo en la jurisdicción a su cargo en materia de PF y salud reproductiva.
Capacita a las SAS bajo su responsabilidad y
Visita al menos una vez al año a cada una de las comunidades que integran la jurisdicción sanitaria.

Perfil de la supervisora de auxiliares de salud:-
Enfermera general, técnica o auxiliar.
Disponibilidad para viajar a las comunidades rurales que integran su módulo.
Experiencia en actividades de campo, supervisión y capacitación mínima de un año.
Residencia en la localidad que se selecciona como cabecera de módulo.
Habilidad para establecer enlace entre las comunidades rurales y el componente institucional.
Capacidad para programar, organizar y coordinar actividades con otros trabajadores de la salud.

Funciones de la supervisora de auxiliares de salud:-
Debe tener en cada comunidad lo siguiente:-
1.- Censo actualizado.
2.- Croquis con simbología.
3.- Carpetas de registro bien integradas (con separadores y actualizadas).
4.- Muestrario de métodos anticonceptivos.
5.- Periódico mural permanente.
6.- Libreta para registrar visitas de supervisión
7.- Comité de salud.

Al iniciar la supervisión a las comunidades la enfermera debe elaborar:
Plan de supervisión.
Cronograma mensual (debe elaborar al principio de cada año un cronograma anual).
Guías de supervisión.

Responsabilidades de la SAS:
Revisar el diagnóstico de la comunidad.
Visitar dos veces por mes cada comunidad con objetivos precisos.
Entrevistarse con la auxiliar de salud.
Revisar los acuerdos de la última supervisión.
Analizar el trabajo según objetivos planteados.
Revisar el llenado de formatos y mantener actualizadas las carpetas del registro de los servicios prestados e integrar los datos al Sistema de Información en Salud para la Población Abierta (SISPA).
Apoyar a la AS en la realización de actividades: visitas domiciliarias, pláticas, vigilar el control prenatal y durante el puerperio, así como el control del menor de 5 años.

Visitar a tres usuarias a fin de constatar la aceptación de los servicios materno-infantil y de PF.
Proporcionar atención selectiva y referir a los pacientes de la AS cuando requieran de una atención más especializada.
Verificar si la AS cuenta con los medicamentos y material (uso adecuado).
Verificar si la AS sabe utilizar el instrumental del maletín.
Aprovechar las actividades de campo para hacer promoción de materno-infantil y PF además de brindar una plática; realizar cuatro visitas domiciliarias por comunidad al mes.
En caso necesario, coordinar sus actividades con otros trabajadores de la salud.
Capacitar en servicio a la AS de acuerdo con las necesidades detectadas.
Participar como profesor en la capacitación formal para AS y parteras tradicionales.
Debe reforzar el sistema de supervisión-capacitación.
Aplicar la guía de supervisión.
Dejar recomendaciones o tareas a la AS en la libreta de supervisión.
Entrevistarse con el comisario y comunicarle sobre las actividades realizadas.
Entrevistarse con el comité de salud y apoyarlo en sus actividades.
En asambleas informar a la comunidad sobre los servicios de la EEC.
Coordinarse con parteras tradicionales y apoyarlas en sus actividades.
Informar a su jefe inmediato sobre programas y actividades realizadas.
Cumplir con las indicaciones que dejan los diferentes niveles de supervisión.

Perfil de la Auxiliar de Salud:-

En la EEC-SSA, la prestación de servicios se lleva a cabo 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 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 les selecciona con base en características tales como: liderazgo y facilidad de comunicación.

Funciones de la Auxiliar de Salud:-

Brindar servicios básicos de salud y promover medidas que mejoren las condiciones sanitarias en la comunidad, contribuyendo a formar una cultura de autocuidado en la salud.
Reforzar las acciones de promoción consideradas en la EEC y las requeridas por la comunidad.
Promover la PF brindando orientación y distribuyendo los métodos anticonceptivos hormonales inyectables y orales, así como preservativos.
Proporcionar atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.
Brindar atención al menor de cinco años realizando las siguientes actividades, como son la somatometría, promoción a la prevención de enfermedades diarreicas y respiratorias, además de orientar sobre nutrición y apoyar a la SAS en las campañas de vacunación.
Atender a la población que presenta problemas de salud realizando las siguientes acciones: curación de heridas, prestación de primeros auxilios, así como la referencia de pacientes a las unidades médicas más cercanas a la localidad del usuario.

La auxiliar de salud es responsable de cuidar el equipo médico y materiales de curación, así como los medicamentos que se le otorgan, informando sus actividades en los formatos de registro que se le proporciona; una vez que estos registros son llenados la AS, los entrega a la SAS para el control de las acciones y de esta manera reportarlas a los niveles correspondientes.

Elaborar y analizar en forma conjunta con la SAS el censo de la población de su localidad, y verificar que el censo nominal de vacunación universal esté actualizado conforme a los lineamientos de este programa, así como llevar un control de cada una de las mujeres en edad fértil, tomando en consideración a todas aquellas que cursen con un embarazo, para llevar el control prenatal de las mismas y de los menores de cinco años.

Organizar sesiones educativas, entrevistas y visitas domiciliarias, para la promoción y fomento para la salud, contando con el apoyo del Comité de Salud y la SAS.

1.2.7.5 Capacitación

Para detectar las necesidades de capacitación de las SAS y AS, se requiere conocer las carencias que tienen para desarrollar su trabajo en forma adecuada. Una manera de conocer esto es a través de la supervisión, ya que con ella se observan, en forma directa, las actividades que realizan, y se tiene la oportunidad de conocer las causas por las que determinado trabajador no realiza adecuadamente sus funciones asignadas.

Con cualquier tipo de actividad educativa, se pretende lograr un cambio en la conducta del educando, en cualquiera de las tres áreas del conocimiento, las cuales son:

A) Área Cognoscitiva: Se refiere a la memoria o recuerdo de conocimientos y al desarrollo de habilidades y capacidades (orden intelectual).

B) Área Afectiva: Consiste en los cambios a intereses, actitudes, valores y desarrollo de apreciaciones del individuo (orden emocional).

C) Área Psicomotora: Referente a la habilidad motora o muscular.

Durante una misma actividad se puede tener como objetivo, tanto adquirir conocimientos como cambiar actitudes y generar habilidades, pero es necesario delimitar las estrategias que se llevarán a cabo para dicha acción.

Toda actividad educativa en el campo de la salud se da básicamente bajo tres estrategias. La estrategia a seguir depende de las actividades detectadas en la población a capacitar, mismas que determinarán la forma de organización, ejecución y evaluación de la acción educativa.

Estas estrategias son:

Capacitación en Servicio.- Entendida como aquellas actividades que, directamente relacionadas con el trabajo diario, intentan proporcionar durante la supervisión los conocimientos, experiencias y habilidades que son necesarias para el mejor desempeño del trabajo.

Capacitación Formal.- Es aquella en la que se proporcionan conocimientos y habilidades en un momento específico y determinado, cuya duración permita comprobar cierto nivel de aprendizaje e implica contar con un grupo de educandos previamente seleccionados y citados en un lugar preestablecido.

Capacitación Continua.- Como parte del proceso enseñanza-aprendizaje, los conocimientos, las habilidades adquiridas y los cambios de actitudes, brindados a través de la capacitación, deben continuarse para garantizar, tanto el reforzamiento como la adquisición de nuevos aprendizajes, y es a partir de la capacitación continua como se logra este objetivo, mediante:

La entrega de folletos, boletines, revistas de interés y otros;

La supervisión acompañada de la asesoría, y

La realización de capacitaciones formales.

Cabe mencionar que una actividad educativa, independientemente del tipo que sea, puede responder a varios propósitos:

- 1.- Introducción a un puesto para personal de nuevo ingreso y para aquél que va a cambiar de funciones.
- 2.- Actualización de conocimientos técnicos y de normas o procedimientos.
- 3.- Reforzamiento.

Para el logro satisfactorio del proceso enseñanza-aprendizaje, se requiere contar con material didáctico apropiado, y con un adecuado manejo de los conocimientos teóricos y prácticos que se proporcionan y, sobre todo de organización.

Las etapas de la capacitación son tres:

Primera Etapa: Es la planeación que comprende la serie de actividades por realizar, a partir de la detección de necesidades de capacitación para definir los objetivos educativos, las estrategias y procedimientos necesarios, los materiales y técnicas didácticas y las formas de evaluar el proceso, hasta el momento mismo en que la actividad educativa da inicio.

Segunda Etapa: Es la ejecución, ésta se refiere a las actividades que se efectúan a partir del inicio de la actividad educativa, hasta su término de acuerdo con la planeación.

Tercera Etapa: Es la evaluación y se lleva a cabo a lo largo de las tres etapas, dando por resultado el poder verificar si la actividad educativa cumplió su finalidad. Se puede considerar como un nuevo inicio y no como el fin del evento, ya que permite la posibilidad de corregir las acciones que no respondieron a la finalidad de la actividad educativa.

1.2.8 Perfil Profesional de la Enfermería en Salud Pública

La enfermería es una profesión que, en interacción con otras profesiones del sector salud, presta un servicio a la sociedad para el fomento de la salud, la prevención y tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de los enfermos. La función específica de la enfermería es la atención, cuidado y bienestar, que se refiere a las acciones encaminadas a la satisfacción de las necesidades psicológicas, sociales o a la resolución de los problemas de salud, reales o potenciales, cuando los sujetos sanos o enfermos que les presentan no pueden resolverlos por sí mismos, ya sea por carencia de información o por algún impedimento físico o mental, tendiendo siempre a que los individuos y grupos logren la autosuficiencia en sus cuidados con sus propios recursos. La profesión de enfermería cubre acciones en cada uno de los niveles de atención en los campos de salud pública, atención médica y asistencia social.

En el primer nivel de atención:

- Actúa como enlace entre los servicios de salud y la población.
- Ayuda a la comunidad a descubrir sus problemas de salud o tomar conciencia de ellos y a elaborar respuestas a los mismos.
- Vigila el crecimiento y desarrollo del niño.
- Detecta diversos padecimientos (crónico-degenerativos, infecciosos, metabólicos); canaliza a los enfermos para la atención médica, inicia tratamientos indicados y vigila el seguimiento de los casos.

Para su mejor desempeño, enfermería en salud pública debe:

- Analizar la evolución histórica y prospectiva de la atención a la salud en México, para reconocer los factores que han determinado la práctica real de la enfermería y ubicar su rol profesional posible en el campo de la salud.
- Comprender los factores sociales, económicos, culturales y ecológicos que condicionan el proceso salud-enfermedad, a fin de analizar la realidad nacional y los problemas prioritarios de salud en relación con la estructura del Sector Salud, las políticas y las estrategias de acción, en virtud de definir su nivel de participación.
- Interpretar críticamente los programas de salud en los niveles nacional, estatal y municipal, para ubicar su contribución en el fortalecimiento de las acciones de atención primaria.

Participar multiprofesional e interprofesionalmente en las acciones que se deriven de los programas prioritarios del Sector Salud, particularmente en lo que concierne a la prevención de las enfermedades, a la promoción de la salud y al fomento e integración de esfuerzos comunitarios para la solución de problemas sectoriales que tienen que ver con la salud.

- ◆ Aplicar los métodos clínico y epidemiológico con enfoque social, para conocer y delimitar la interacción de los factores que ponen en riesgo la salud del individuo, la familia y la comunidad en sectores específicos, así mismo aplicar acciones tendientes al mejoramiento del nivel de salud y del bienestar.
- ◆ "Aplicar la metodología de la investigación en el ámbito educativo y comunitario para conocer, explicar y predecir los fenómenos relacionados con el proceso salud enfermedad, a fin de proponer opciones de enfermería, tendientes a mejorar la calidad de la atención a la salud."¹⁷
- ◆ Aplicar sus conocimientos de docencia, participando en la formación, actualización y capacitación de recursos humanos.
- ◆ Actuar durante el desarrollo de su práctica con estabilidad emocional, sustentada en valores éticos y principios humanísticos.
- ◆ Acrecentar su cultura con un permanente deseo de superación y actualización profesional.

1.3 JUSTIFICACION

En las comunidades de la Estrategia de Extensión de Cobertura de la SSA, se introdujo un nuevo método anticonceptivo inyectable mensual llamado CYCLOFEM, mismo que generó en nosotras la inquietud de conocer, tanto sus reacciones secundarias como el papel que juega o puede jugar el personal de enfermería en la introducción de nuevos métodos anticonceptivos; concretamente en este caso nos interesamos en determinar los factores que intervienen en la manifestación de las reacciones secundarias y en conocer la calidad que se brinda en la orientación a las usuarias del anticonceptivo.

Al obtener los resultados de la investigación, se plantearán propuestas de solución a la problemática detectada; conociendo los factores que influyen en dicha problemática, el personal de enfermería puede abordarlos para mejorar la calidad de los servicios de salud y contribuir en la salud reproductiva de las usuarias.

1.4 OBJETIVOS

- **Conocer el perfil socio-demográfico de las usuarias del método anticonceptivo inyectable mensual CYCLOFEM.**
- **Determinar los conocimientos que tienen las usuarias sobre el modo de empleo, indicaciones y reacciones secundarias del método anticonceptivo inyectable mensual CYCLOFEM.**
- **Identificar que papel juega el personal de enfermería en la orientación de las usuarias del método anticonceptivo inyectable mensual CYCLOFEM.**
- **Conocer tipo y frecuencia de las reacciones secundarias propias del método anticonceptivo inyectable mensual CYCLOFEM, que presentan las usuarias de PF.**
- **Identificar qué papel juega el personal de enfermería en la detección de las reacciones secundarias del método anticonceptivo inyectable mensual CYCLOFEM.**
- **Detectar las causas más frecuentes de deserción del método anticonceptivo inyectable mensual CYCLOFEM.**

II. METODOLOGIA

La presente investigación es planeada en cuatro etapas; en la primera, se delimitó el problema de estudio al consultar diversas fuentes, tales como: documentos relacionados con el tema, revistas, folletos y entrevistas personales. En la segunda, se integró el marco referencial; se revisó bibliografía y para recabar la información se utilizaron fichas de trabajo; la investigación documental permitió la elaboración del propio diseño de la investigación. En la tercera, se llevó a cabo la recolección y procesamiento de datos de acuerdo con lo planeado. En la última etapa se hizo el análisis y la interpretación de la información encontrada y, de acuerdo con los objetivos, se integró el informe final.

2.1 TIPO DE INVESTIGACION

Esta investigación es de tipo observacional, descriptiva y comparativa desarrollada en el área sociomédica.

2.2 POBLACION

Usuarías del método anticonceptivo mensual inyectable CYCLOFEM en estudio, que pertenecen a los municipios de Coyuca de Benítez, Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana de la Costa Grande, Guerrero.

2.3 MUESTRA

102 usuarias del método anticonceptivo mensual inyectable CYCLOFEM, durante el periodo de agosto de 1995 a julio de 1996 y que pertenecen a la Estrategia de Extensión de Cobertura del programa de Salud Reproductiva de las comunidades: Carrera Larga, La Lima, San Juan del Río, San José Mogollón y Pénjamo del municipio de Coyuca de Benítez, Las Salinas, Ixtla, El Salto y El Cacao del municipio de Atoyac de Alvarez; y las comunidades del municipio de Tecpan de Galeana que son: La Cañada de la Remonta, Las Mesas, Rancho Alegre del Llano, y Santa Rosa, de la Costa Grande, Guerrero.

2.4 UNIDAD DE OBSERVACION

Mujeres usuarias del método anticonceptivo mensual inyectable CYCLOFEM que lo utilizaron durante el último año y que pertenecen al programa de la Estrategia de Extensión de Cobertura.

2.5 VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES

Comunidad. _____

Educación. _____

Estructura familiar. _____

Nivel económico. _____

Servicios de salud solicitados. _____

Transporte. _____

Alimentación diaria. _____

Edad. _____

Antecedentes Gineco-Obstétricos _____

Conocimiento de la usuaria sobre los tipos de métodos anticonceptivos. _____

Conocimiento de la usuaria sobre el método anticonceptivo inyectable CYCLOFEM. _____

Reacciones generadas por el anticonceptivo. _____

Papel del personal de enfermería en la orientación. _____

Papel del personal de enfermería en la detección de reacciones secundarias. _____

Razones de la deserción del método anticonceptivo mensual inyectable CYCLOFEM. _____

INDICADOR

Nivel de Escolaridad.

Número de integrantes.

Ingreso semanal, ocupación.

Lugar y persona.

Tiempo, tipo y costo.

Alimentos.

F.U.M., I.V.S.A., ritmo, menarca, gesta, paridad, abortos, cesárea, último evento obstétrico, hijos vivos.

Métodos anticonceptivos permanentes y temporales.

Formas de aplicación y reacciones secundarias.

Personal que da a conocer el método y sus reacciones secundarias.

Personal que orienta sobre los riesgos del abandono.

2.6 RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Se llevó a cabo una entrevista directa con las mujeres de la muestra, con el fin de aplicar el instrumento diseñado, previamente modificado a través de una prueba piloto. El cuestionario finalmente contiene 27 preguntas abiertas y 12 cerradas, lo que da como resultado un total de 39 preguntas, con una duración de la entrevista aproximadamente de 20 minutos. Posteriormente la información recabada se concentró por comunidad y municipios en hojas de tabulación, lo que permitió el manejo estadístico necesario para conjuntar los datos de los tres municipios, en cuadros independientes pero paralelos; de esta manera se elaboraron gráficas así como la descripción de los resultados. Finalmente, se compararon los datos obtenidos, lo que dio pauta al análisis de los mismos.

2.7 LIMITACIONES EN EL DESARROLLO DEL ESTUDIO

Es necesario puntualizar que el universo de trabajo no fue de 120 usuarias sino de 102, debido a que en Atoyac de Alvarez no se reunieron las 40 usuarias consideradas, ya que se encontraron calendarios de planificación familiar no actualizados, con nombres de usuarias inexistentes, usuarias de otras comunidades y usuarias de otros métodos anticonceptivos; también hubo falta de apoyo de la supervisora de auxiliares de salud, por que se rehusó a prestar información.

III DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS

El rango de edad que predominó en las mujeres entrevistadas fue el de 20-29 años; hubo mayor porcentaje (83.33%) en Atoyac de Alvarez a diferencia de Tecpan de Galeana, que tuvo un porcentaje de un 57.89% y Coyoaca de Benitez con un 47.5%. En el rango de 30-35 años de edad, se observó que Coyoaca de Benitez tuvo un 20%, siguiéndole Tecpan de Galeana con un 15.78%, mientras que en Atoyac de Alvarez hubo un 12.51%. En lo que se refiere al rango de 36-45 años de edad, se detectó un 20% en Coyoaca de Benitez, en tanto que en Tecpan de Galeana se registró un 5.26%; por el contrario, en Atoyac de Alvarez no se detectaron mujeres en este rubro (Cuadro 1).

La edad promedio en Coyoaca de Benitez es de 28 años y la desviación estándar es de 9, con un coeficiente de variación de 33 que corresponde a una población homogénea, mientras que en Atoyac de Alvarez la edad promedio es de 26 años y es su desviación estándar de 4, con un coeficiente de variación de 15 que corresponde a una población homogénea. En lo que respecta a Tecpan de Galeana, la edad promedio es de 26 años, con una desviación estándar de 7 y su coeficiente de variación es de un 27, lo que nos indica que es una población homogénea.

Se observó que la ocupación principal de las mujeres entrevistadas es el hogar, y existe un mayor porcentaje de un 100% en Tecpan de Galeana, seguido de Atoyac de Alvarez con un 87.5% y con un 72.5% en Coyoaca de Benitez. También existen mujeres que se dedican al campo y hogar, registrándose un mayor porcentaje en Coyoaca de Benitez con un 20%, a diferencia de Atoyac de Alvarez que presentó un 12.5%, mientras que en Tecpan de Galeana no aportó ningún porcentaje (Cuadro 2).

Dentro del nivel escolar de las mujeres entrevistadas se observó que la mayoría de ellas no terminó la primaria, por lo que se registró un mayor porcentaje en un 42.10% en Coyoaca de Benitez, seguido de un 36.84% en Tecpan de Galeana, y con un 33.33% en Atoyac de Alvarez; en este lugar se registró el mismo porcentaje pero en las mujeres que si terminaron la primaria, seguido de un 26.31% en Tecpan de Galeana y con un 15.79% en Coyoaca de Benitez. Sin embargo, hubo mujeres que no saben leer y escribir lo que se detectó en un 28.94% en Coyoaca de Benitez, en un 16.67% en Atoyac de Alvarez y por último con un 10.52% en Tecpan de Galeana (Cuadro 3).

Con respecto al número de integrantes en la familia de las mujeres entrevistadas, el rango que predominó más fue el de 5-7 integrantes, observándose un mayor porcentaje con un 54.16% en Atoyac de Alvarez, seguido de Tecpan de Galeana con un 39.47% y con un 32.5% en Coyoaca de Benitez. Sobre el rango de 2-4 integrantes se detectó un 50% en Tecpan de Galeana, un 47.5% en Coyoaca de Benitez y un 37.51% en Atoyac de Alvarez (Cuadro 4).

En relación al ingreso semanal en las familias de las mujeres entrevistadas, se encontró que en la categoría de \$10.00-\$50.00 hubo un mayor porcentaje, registrándose un 45% en Coyuca de Benítez, un 37.5% en Atoyac de Alvarez y un 2.63% en Tecpan de Galeana. En cuanto al renglón de \$51.00-\$112.00, que corresponde a menos de un salario mínimo, hubo un 41.66% en Atoyac de Alvarez, un 12.5% en Coyuca de Benítez y un 5.26% en Tecpan de Galeana. En lo que se refiere al ingreso de \$226.00-\$500.00 que corresponde a entre dos y más de dos salarios mínimos, se observó en Tecpan de Galeana un 42.10% y un 21.06% que no respondieron, seguido de un 17.5% en Coyuca de Benítez; por último, en Atoyac de Alvarez no se registró ningún porcentaje (Cuadro 5).

Dentro de los servicios de salud a los que acuden las mujeres entrevistadas, en caso de enfermedad, se observó que asisten al centro de salud en un mayor porcentaje de 47.5% en Coyuca de Benítez, un 20.84% en Atoyac de Alvarez y con un 13.16% en Tecpan de Galeana. Mientras que al servicio de médico particular lo solicitan en un 50.01% en Atoyac de Alvarez, continuándole con un 28.95% en Tecpan de Galeana y con un 10% en Coyuca de Benítez; también es solicitado el servicio de la auxiliar de salud, en un 20% en Coyuca de Benítez, seguido de un 16.67% en Atoyac de Alvarez y con un 10.53% en Tecpan de Galeana; cabe mencionar que ninguno de los municipios recibieron el servicio de la supervisora de auxiliares de salud (Cuadro 6).

En caso de enfermedad, las mujeres entrevistadas refirieron que el tiempo de traslado fue de 0-15min; el porcentaje mayor obtenido fue de 28.12% en Tecpan de Galeana y con un 5.56% en Atoyac de Alvarez; en cuanto a Coyuca de Benítez no se registró porcentaje en este rango; el tiempo de traslado entre 16-30min, fue de un 38.89% en Atoyac de Alvarez y un 34.37% lo ocupa Tecpan de Galeana y por último, un 20% en Coyuca de Benítez. Dentro del lapso de 31-60min, hubo un 44% en Coyuca de Benítez, un 27.78% en Atoyac de Alvarez y un 15.63% en Tecpan de Galeana. Cabe mencionar que en el lapso de 61-90min, se registró un 20% en Coyuca de Benítez, le sigue Tecpan de Galeana con un 15.63% y Atoyac de Alvarez con un 11.11% (Cuadro 7).

Se observó que el medio de transporte más utilizado para acudir al servicio de salud, en los municipios de Coyuca de Benítez y Tecpan de Galeana, es la camioneta pasajera, registrándose en el primero un porcentaje de 84% y en el segundo un 43.76%; en cambio, en Atoyac de Alvarez lo utilizan en un 33.34% lugar donde un 66.66% usan más la combi. Por otra parte, las mujeres de Coyuca de Benítez optan por caminar en un 12% y por último en Tecpan de Galeana utilizan la camioneta pasajera y al mismo tiempo el microbús en un 25% (Cuadro 8-A).

En el costo de transporte para el servicio de salud al que acuden las mujeres entrevistadas, predominó más el rango de \$0.00-\$10.00, obteniéndose un mayor porcentaje de 87.5% en Tecpan de Galeana seguido por un 72.23% de Atoyac de Alvarez; en Coyuca de Benítez el 50% de las mujeres paga menos de \$10.00 y el otro 50% más de \$10.00, mientras que en Atoyac de Alvarez un 27.77% pagan esta última cantidad y Tecpan de Galeana ocupa sólo un 12.5% (Cuadro 8-B).

En mayor proporción se encontró que el número de comidas que ingieren al día las mujeres entrevistadas es de 4 principalmente en Tecpan de Galeana registrándose un 63.17%, le sigue Coyuca de Benítez con un 41.04% y Atoyac de Alvarez con un 12.5%.

En lo que concierne al número de tres comidas, se detectó un mayor porcentaje de un 53.84% en Coyuca de Benítez, le sigue con un 50% Atoyac de Alvarez y con el 31.57% Tecpan de Galeana. Sin embargo, en el caso de dos comidas, hubo mayor porcentaje en Atoyac de Alvarez con un 37.5%, en Tecpan de Galeana se registró un 5.26% y Coyuca de Benítez con un 5.12% (Cuadro 9).

En lo que respecta a los principales alimentos que ingieren las mujeres entrevistadas, se observó que en un 100% consumen el frijol en Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana porcentaje mayor que en Coyuca de Benítez que sólo presenta un 87.5%; la carne es consumida en un 100% en Atoyac de Alvarez, el 78.94% en Tecpan de Galeana y en Coyuca de Benítez el 32.5%; la tortilla en un 97.5% en Coyuca de Benítez, 75% en Atoyac de Alvarez y el 71.05% en Tecpan de Galeana. Cabe mencionar que el agua es un elemento vital y es consumido en un 100% en Coyuca de Benítez, en Tecpan de Galeana en un 92.5% y el 70.83% en Atoyac de Alvarez; el café presentó porcentajes de 92.5% en Coyuca de Benítez, 83.33% en Atoyac de Alvarez y 73.68% en Tecpan de Galeana; el huevo lo consumen en un 91.66% en Atoyac de Alvarez, le precede Coyuca de Benítez con un 87.5% y con un 71.05% Tecpan de Galeana; el pan lo consumen más en Coyuca de Benítez con un 80% continuándole con un 23.68% Tecpan de Galeana y con 16.66% en Atoyac de Alvarez; la ingesta de chile es de 70% en Coyuca de Benítez, 39.47% Tecpan de Galeana y finalmente con un 20.83% Atoyac de Alvarez. En cuanto a las frutas el porcentaje más alto fue en Coyuca de Benítez con 70%, 26.31% Tecpan de Galeana y con un 12.5% Atoyac de Alvarez. Por otro lado el pescado lo ingieren en un 68.42% en Tecpan de Galeana, seguido por un 45% en Coyuca de Benítez y con un 37.5% en Atoyac de Alvarez; la leche tuvo un 67.78% en Tecpan de Galeana, 37.5% Atoyac de Alvarez y un 15% en Coyuca de Benítez. También se detectó que el arroz es consumido en un 55.26% en Tecpan de Galeana, en seguida con un 54.16% Atoyac de Alvarez y con un 35% en Coyuca de Benítez; el queso suele ser más consumido en Tecpan de Galeana registrándose un 55.26%, en tanto que en Coyuca de Benítez tuvo un 47.5% y en Atoyac de Alvarez sólo hubo un 37.5%. Por último las verduras se consumen en un 34.21% en Tecpan de Galeana, un 16.66% en Atoyac de Alvarez y con un 10% en Coyuca de Benítez (Cuadro 10).

La edad en que inician su vida sexual activa las mujeres entrevistadas correspondió al grupo de las de 15 a 20 años, ya que se obtuvo un porcentaje de un 87.51% en Atoyac de Alvarez, a diferencia de Coyuca de Benítez que tuvo un 70% y consecutivamente un 81.58% en Tecpan de Galeana (Cuadro 11).

La menarca de las mujeres entrevistadas, predominó en el rango de 11 a 15 años con un 94.87% en Coyuca de Benítez, un 93.75% en Atoyac de Alvarez, mientras que en Tecpan de Galeana representa un 78.94%; y en el rango de 16 a 17 años, se observó que en Tecpan de Galeana se registró un porcentaje de un 21.06%, en tanto que en Atoyac de Alvarez sólo cuenta con un 6.25% y con un 5.13% en Coyuca de Benítez (Cuadro 12).

Se observó que el mayor número de gestas de las mujeres entrevistadas está entre 1 a 2, encontrándose más en Tecpan de Galeana con un 43.24%, le sigue Coyuca de Benítez, con un 45%; sin embargo, en Atoyac de Alvarez un 29.17%. El rango siguiente lo ocuparon quienes han tenido de 3 a 4 gestas, observándose en primer lugar Atoyac de Alvarez, con un 41.67%, seguido por Coyuca de Benítez con un 35% y Tecpan de Galeana con un 21.62%. Se observó que en Tecpan de Galeana hay un 21.62% de mujeres con 5 y 6 gestas a diferencia de Atoyac de Alvarez que tuvo un 20.83% y en Coyuca de Benítez un 10%. (Cuadro 13)

Por otro lado, en Coyuca de Benítez el promedio de número de gestas es de 4 con una desviación standar de 3 y con un coeficiente de variación de 68% lo que muestra una población heterogénea, en Atoyac de Alvarez el promedio es de 3 con una desviación standar de 2 y un coeficiente de variación de 52% que resulta de una población heterogénea, en Tecpan de Galeana es de 3 con una desviación standar de 3 y un coeficiente de variación de 79% lo cual muestra una población heterogénea.

En general se observa que en Atoyac de Alvarez hay mayor porcentaje de mujeres que no han abortado, representado por un 91.68%, seguido por Coyuca de Benítez con un 80% y Tecpan de Galeana con un 68.43%; cabe mencionar que en este último se registró un 26.31% de mujeres que abortaron una vez, mientras que en Coyuca de Benítez y Atoyac de Alvarez tenían un 10 y 4.6% respectivamente (Cuadro 14).

En cuanto al número de partos normales de las mujeres entrevistadas, se observó que sobresalen quienes han tenido entre 1 y 2 teniendo un 42.11% en Tecpan de Galeana, en Coyuca de Benítez un 35% y Atoyac de Alvarez un 31.82%. El rango siguiente es entre 3 y 4 partos, presentándose mayor porcentaje en Atoyac de Alvarez con un 40.90%, le continúa Coyuca de Benítez con un 35% y, al final, Tecpan de Galeana con un 18.42%. Cabe mencionar que el mayor número de partos varía entre 5 y 6, y se observó más proporción en Tecpan de Galeana con un 23.68%, a diferencia de Atoyac de Alvarez que presentó un 18.19% y de Coyuca de Benítez con 10%.(Cuadro 15A).

En lo que respecta al número de cesáreas, se tiene que hay un alto porcentaje de mujeres que no se les ha practicado, obteniéndose el porcentaje más alto en Coyuca de Benítez con un 97.5%, le sigue Tecpan de Galeana con un 92.11% y Atoyac de Alvarez con un 87.5% (Cuadro 15-A y 15-B).

En relación al último evento obstétrico de las mujeres entrevistadas, se registró más el parto normal; en Coyuca de Benítez tuvo un 95%, seguido por Tecpan de Galeana con un 80.55% y Atoyac de Alvarez con un 79.17%. Es necesario señalar que en Atoyac de Alvarez se registro mayor proporción de cesáreas, con un 16.67% seguido por Tecpan de Galeana con un 8.33%; lo contrario ocurrió en Coyuca de Benítez, lugar donde no se presentaron casos. Por otra parte en Tecpan de Galeana se observó un 11.12% de mujeres con abortos, lo que no ocurrió en Coyuca de Benítez que tuvo un 5% y Atoyac de Alvarez un 4.16% (Cuadro 16).

En lo que respecta al tiempo transcurrido entre el último evento obstétrico de las mujeres y la fecha de la entrevista, se tuvo que el lapso predominante fue de entre 1 a 2 años, teniéndose en Atoyac de Alvarez un 79.17%, en Tecpan de Galeana un 44.44% y Coyuca de Benítez un 40%; el lapso siguiente fue de 3 a 4 años, en donde Tecpan de Galeana presentó mayor porcentaje con un 41.66%, seguido por Coyuca de Benítez con un 17.5% y Atoyac de Alvarez con un 12.5%. Es conveniente señalar que el lugar donde hay mayor número de mujeres con un lapso menor de 1 año es en Coyuca de Benítez, correspondiéndole un 22.5% a diferencia de Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana que tuvieron un porcentaje mínimo de 8.33% y 2.76% respectivamente (Cuadro 17).

Respecto al número de hijos vivos de las mujeres entrevistadas, se observó mayor porcentaje con 1 y 2, correspondiéndole a Tecpan de Galeana un 50%, en Coyuca de Benítez hubo un 37.50% y en Atoyac de Alvarez un 33.33%, el número siguiente fue entre 3 y 4 hijos vivos, observándose en Atoyac de Alvarez un 45.83%, en Coyuca de Benítez un 37.50% y en Tecpan de Galeana con un 15.78% (Cuadro 18).

En lo que se refiere al conocimiento que tienen las mujeres entrevistadas sobre los diferentes métodos anticonceptivo que hay, se encontró que el método más conocido por ellas después de la inyección es la pastilla, teniéndose en Tecpan de Galeana el 92.10%, en Coyuca de Benítez un 87.5% y en Atoyac de Alvarez un 66.66%. Otro método conocido es el preservativo, habiendo nuevamente en Tecpan de Galeana mayor porcentaje con un 76.31%, le sigue Atoyac de Alvarez con un 25%, y el mismo porcentaje se presenta en Coyuca de Benítez. Asimismo el dispositivo intrauterino es reconocido en mayor porcentaje en Tecpan de Galeana con un 65.78%, seguido por Coyuca de Benítez con un 30% y Atoyac de Alvarez con 8.3%. En cuanto a los métodos permanentes se tiene que la Oclusión Tubaria Bilateral es más conocida en Coyuca de Benítez con un 27.5%, después le sigue Tecpan de Galeana con un 15.78% y Atoyac de Alvarez con un 4.16% (Cuadro 19).

Se identificó que quien dio a conocer el método anticonceptivo inyectable Cyclofem a las mujeres entrevistadas en mayor proporción fue la auxiliar de salud, sobresaliendo en Coyuca de Benítez con un 90%, seguido por Tecpan de Galeana con 72.98% y Atoyac de Alvarez con un 50%. La partera obtuvo un 25% en Atoyac de Alvarez y en Tecpan de Galeana con un 2.7%, a diferencia de Coyuca de Benítez en donde no se registró porcentaje. Por otro lado la

supervisora de auxiliares de salud alcanzó un 18.92% en Tecpan de Galeana seguido por Atoyac de Alvarez con un 16.68% y Coyuca de Benitez con un 5% (Cuadro 20).

Acerca de los motivos de elección del método anticonceptivo inyectable Cyclofem, elegido por las mujeres entrevistadas, se captó que por ser mensual y fácil de usar se tuvo un 42.5% en Coyuca de Benitez, en Atoyac de Alvarez un 29.18% y en Tecpan de Galeana un 23.68%. Otras personas aseguraron que no "les probó la pastilla," identificándose un 21.05% en Tecpan de Galeana, un 15% en Coyuca de Benitez y en Atoyac de Alvarez un 8.34%. Otras mujeres respondieron que tenían escasa información sobre otros métodos, presentándose en Atoyac de Alvarez un 33.33%, en Coyuca de Benitez un 10%, lo que no ocurrió en Tecpan de Galeana donde se presentó un 2.64%. Entre otras causas se obtuvo un mayor porcentaje en Tecpan de Galeana con un 23.68%, seguido de Atoyac de Alvarez con un 4.17% y Coyuca de Benitez con sólo 2.5% (Cuadro 21).

En lo que respecta al tiempo en que llevan aplicándose el método anticonceptivo inyectable Cyclofem las mujeres entrevistadas, se observó un mayor porcentaje en el rango entre 1 a 4 meses, presentándose un 58.33% en Atoyac de Alvarez, un 52.64% en Tecpan de Galeana y en Coyuca de Benitez un 40%. En el rango siguiente fue entre 5 a 8 meses notándose mayor porcentaje en Coyuca de Benitez con un 52.5%, a diferencia de Atoyac de Alvarez que lo representa un 29.17% y por último se tiene un 23.68% en Tecpan de Galeana (Cuadro 22).

El personal que había estado aplicando el método anticonceptivo mensual Cyclofem a las mujeres entrevistadas fue la auxiliar de salud, quién tiene mayor predominio en Coyuca de Benitez donde se registró un 90%, en Tecpan de Galeana un 63.155% y Atoyac de Alvarez un 43.48%. La partera aplicó la inyección a un 21.74% de las mujeres en Atoyac de Alvarez, no así en Tecpan de Galeana donde se detectó un 2.64% y en Coyuca de Benitez no se registraron datos. También los familiares aplicaban la inyección, encontrándose el más alto porcentaje en Atoyac de Alvarez con un 21.74%, Tecpan de Galeana un 18.43% y en Coyuca de Benitez un 2.5% (Cuadro 23).

Por otra parte, se detectó en Coyuca de Benitez un 57.5% de usuarias que abandonaron el método anticonceptivo, en Atoyac de Alvarez un 41.6% y en Tecpan de Galeana un 31.5%; y entre las causas del abandono, las mujeres refirieron, con mayor frecuencia, que por los efectos secundarios que ocasiona, abandonaron el 75% en Tecpan de Galeana, el 40% en Atoyac de Alvarez y el 34.78% en Coyuca de Benitez. Otros motivos importantes fueron que las auxiliares de salud no disponían de este método, encontrándose más en Coyuca de Benitez con un 56.63%, en Atoyac de Alvarez un 40%, a diferencia de Tecpan de Galeana, lugar donde no se detectaron casos con este problema (Cuadro 24).

Al abandonar el método anticonceptivo inyectable Cyclofem se observó que hubo un importante porcentaje de mujeres que no recibieron orientación; esta situación se dio principalmente en Atoyac de Alvarez con un 90%, le siguió Tecpan de Galeana con un 75% y Coyuca de Benitez con un 65.22% (Cuadro 25).

El personal de salud que orientó a las mujeres entrevistadas que abandonaron el método anticonceptivo inyectable Cyclofem, en mayor porcentaje fueron las auxiliares de salud (100%) de los municipios de Coyuca de Benitez y Tecpan de Galeana; en Atoyac de Alvarez no hubo información por parte de ellas. Por último cabe recalcar que en los tres municipios no recibieron información, ni orientación de la supervisora de auxiliares de salud (Cuadro 26).

Entre las mujeres que abandonaron el anticonceptivo inyectable Cyclofem, el 56.53% en Coyuca de Benitez optaron por otro método, en Atoyac de Alvarez el 50% y en Tecpan de Galeana el 41.66%, cifras que se invirtieron en las que no eligieron otro método; en Tecpan de Galeana se presentó mayor porcentaje con un 58.34%, un 50% en Atoyac de Alvarez y un 43.47% en Coyuca de Benitez (Cuadro 27).

En lo que concierne a las mujeres entrevistadas que abandonaron el método anticonceptivo inyectable Cyclofem y que optaron por utilizar otro método, se encontró que con mayor frecuencia eligieron las pastillas; se reportó un porcentaje alto en Atoyac de Alvarez con un 80%, 69.23% en Coyuca de Benitez y 60% en Tecpan de Galeana. En lo que se refiere a la inyección bimestral usaron un 40% en Tecpan de Galeana, 23.08% en Coyuca de Benitez y el 20% en Atoyac de Alvarez (Cuadro 28).

En lo que respecta a los métodos utilizados por las mujeres entrevistadas antes del anticonceptivo inyectable Cyclofem, se encontraron en un mayor incremento las pastillas con un 36.12% en Tecpan de Galeana, 31.82% en Atoyac de Alvarez y el 20% en Coyuca de Benitez, a diferencia del preservativo que lo usaron en un 22.22% en Tecpan de Galeana, el 5% en Coyuca de Benitez, y en lo que respecta a Atoyac de Alvarez demuestra una gran diferencia porque no representa ningún porcentaje en este renglón. Es importante destacar que hubo un alto porcentaje de mujeres que no utilizaron ningún método, como lo es Atoyac de Alvarez que registra un 63.64%, 62.5% Coyuca de Benitez y el 25% en Tecpan de Galeana (Cuadro 29).

De las reacciones secundarias que presentaron las mujeres entrevistadas, sobre su aparato reproductor, existió en un gran índice el retraso menstrual, demostrándose en un 60% en Atoyac de Alvarez, seguido con un 25.9% Tecpan de Galeana y un 22.5% Coyuca de Benitez. Entre otras reacciones, con mayor porcentaje, se encuentra sangrado escaso con un 17.5% en Coyuca de Benitez, 3.70% en Tecpan de Galeana, Atoyac de Alvarez no presenta porcentaje. Aunque no existen porcentajes altos en el signo de amenorrea, se presentó en las mujeres entrevistadas de Coyuca de Benitez en un 15% y en un 11% en Tecpan de Galeana (Cuadro 30-A).

Dentro de las reacciones secundarias en aparatos y sistemas, que presentaron las mujeres entrevistadas, encontramos con mayor frecuencia: cefalea con un 60% en Atoyac de Alvarez, Coyuca de Benitez un 25% y un 18.51% en Tecpan de Galeana. También se encontró el sintoma de mareos que se presentó en un 41.74% en Tecpan de Galeana a diferencia de Atoyac de Alvarez con un 20% y el 15% en Coyuca de Benitez; la disminución de peso lo presentaron un 40% en Atoyac de Alvarez, 7.40% en Tecpan de Galeana y 5% en Coyuca de Benitez; las náuseas con un 30% en Atoyac de Alvarez, 11.11% en Tecpan de Galeana y 2.5% en Coyuca de Benitez; la disminución del apetito con 25% en Atoyac de Alvarez, 5% en Coyuca de Benitez y en Tecpan de Galeana no se reportó ningún caso; la somnolencia fue referida como sintoma en un 20% en Coyuca de Benitez, 15% en Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana no presentó; el nerviosismo tuvo un 20% en Atoyac de Alvarez, un 5% en Coyuca de Benitez y estuvo ausente en Tecpan de Galeana; por último, es importante mencionar el sintoma de mastalgia sólo se presentó en las mujeres entrevistadas de Atoyac de Alvarez con un 20% (Cuadro 30-B).

La reacción principal, que las mujeres entrevistadas consideraron normal, fue el retraso menstrual, sintoma que sobresale en un 68% en Tecpan de Galeana seguido por un 18.18% en Coyuca de Benitez y un 5% en Atoyac de Alvarez. Aunque también se presentó en un índice mayor la respuesta de "no sabe" con un 54.54% en Coyuca de Benitez, 30% en Atoyac de Alvarez y un 12% en Tecpan de Galeana. También hubo mujeres que respondieron que ninguno era normal, en un 50% en Atoyac de Alvarez, 30.43% en Coyuca de Benitez y 12% en Tecpan de Galeana (Cuadro 31).

Las mujeres entrevistadas creen que las reacciones secundarias del método anticonceptivo Cyclofem desaparecerán hasta que dejen la inyección; el porcentaje que más sobresale es en un 23.07% en Tecpan de Galeana, seguido por el de Atoyac de Alvarez (5%) y en Coyuca de Benitez no aparece porcentaje en este rango. Por otra parte cabe mencionar que se presentó un alto índice en la respuesta de "no sabe"; esto se observó en Atoyac de Alvarez con un 95%, 93.94% en Coyuca de Benitez y 50.02% en Tecpan de Galeana; estos últimos índices podríamos decir que en comparación con la respuesta anterior son mayores a lo esperado (Cuadro 32).

De las reacciones secundarias que conocen las mujeres entrevistadas del método anticonceptivo inyectable Cyclofem, la que más sobresale es la cefalea con el 23.68% en Tecpan de Galeana, 8.3% en Atoyac de Alvarez y un 8% en Coyuca de Benitez la otra que se destaca: irregularidades menstruales con un 15.78% en Tecpan de Galeana, un 4% en Coyuca de Benitez y Atoyac de Alvarez no presenta porcentaje en este renglón; en la respuesta de "no sabe" hubo un 66.66% en Atoyac de Alvarez, un 42.10% en Tecpan de Galeana y un 35% en Coyuca de Benitez (Cuadro 33).

Al interrogar a las mujeres entrevistadas sobre aquellas a las que les recomiendan el método anticonceptivo inyectable Cyclofem, respondieron que no saben, en un 67.5% en Coyuca de Benitez, 20.85% en Atoyac de Alvarez y en un 15.79% en Tecpan de Galeana. También hicieron hincapié que a mujeres

con vida sexual activa: en un 54.19% en Atoyac de Alvarez, 10.53% en Tecpan de Galeana . Las multiparas es otro caso a las que les recomiendan el anticonceptivo en un 15.79% en Tecpan de Galeana, 4.16% en Atoyac de Alvarez y 2.5% en Coyuca de Benitez (Cuadro 34).

De la población total de las mujeres entrevistadas; se encontraron razones por las que sí desean continuar con el método y son en un índice mayor las que quieren seguir planificando, en un 57.15% las deCoyuca de Benitez, al cual le siguen con un 33.35% las de Atoyac de Alvarez. Otro de los motivos importantes es por qué no presentan ninguna molestia al utilizarlo en un 40.62% las de Tecpan de Galeana, mientras que un 17.85 % las deCoyuca de Benitez y un 11.11% las de Atoyac de Alvarez. Otra razón que se incluye es por qué se aplica cada mes, en un 38.88% en Atoyac de Alvarez, 7.15% en Coyuca de Benitez y un 6.25% en Tecpan de Galeana (Cuadro 35-A).

Las razones principales por las que no desean continuar con el método las mujeres entrevistadas son, en un gran índice, por reacciones secundarias, en Coyuca de Benitez con un 83.33% y con porcentajes iguales de 50% enAtoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana. También es importante destacar que hubo respuestas en las que se observa preferencia por el DIU, y otras mujeres son influidas por ideas socio-culturales erróneas en relación a las reacciones secundarias y mecanismos de acción del anticonceptivo, presentándose cifras iguales en Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana con un 50 % y con sólo un 16.67% en Coyuca de Benitez (Cuadro 35-B).

IV ANALISIS DE RESULTADOS

De acuerdo con los resultados obtenidos, podemos observar, que en cada municipio hay distintos factores que intervienen para que las mujeres entrevistadas hayan elegido el método anticonceptivo inyectable Cyclofem .

De esta forma tenemos que, en relación a la edad se observó que aun cuando en toda la población de las mujeres estudiadas hay predominio del grupo de edad de 20 y 29 años, la mayor proporción destacó en las comunidades de Atoyac de Alvarez, mientras que en Coyuca de Benítez y Tecpan de Galeana se observó menor proporción en dicho grupo; pero fue compensado por las menores de 19 años y mayores de 35 años, hecho que nos habla de una mayor protección de los grupos de riesgo; en estos dos últimos municipios, en donde en Coyuca de Benítez las auxiliares de salud brindan más atención siendo autónomas para aplicar sus conocimientos, algunas de ellas tienen más experiencia dentro de la EEC, y están más comprometidas con su comunidad a pesar de que no cuentan con la primaria; también hay auxiliares de salud que estudiaron enfermería, y esto les ha servido para poner en práctica algunos de sus conocimientos. En Atoyac de Alvarez, las auxiliares de salud y parteras tradicionales se ven obligadas a orientar, a pesar de sus escasos conocimientos, al ver las necesidades de información de su población, ya que la supervisora de auxiliares de salud cumple sólo con sus funciones en las campañas de vacunación. Las auxiliares de salud en Tecpan de Galeana no llevan a cabo en su totalidad las acciones que les corresponden, aunque tengan los conocimientos necesarios, debido a que en su mayoría no están conscientes sobre la importancia de sus funciones, aunado a que les falta apoyo y motivación de los líderes de la comunidad y de su propia comunidad, por lo que se ve en la necesidad la supervisora de auxiliares de salud de realizar algunas actividades, que les corresponden a las auxiliares de salud, como son: en prevención de enfermedades diarreicas, respiratorias y brindar información sobre planificación familiar, cumpliendo de esta forma con su papel de enfermera, pero dejando a un lado sus acciones como supervisora. Es importante señalar que las auxiliares de salud reciben cursos formales de capacitación, pero esta no es complementada por la capacitación en servicio que debe impartir las supervisoras de auxiliares de salud.

Por otro lado, encontramos que, aunque la mayoría de las mujeres estudiadas tienen primaria incompleta, están conscientes sobre la importancia de la planificación familiar; es indispensable señalar que hay más mujeres en Coyuca de Benítez que no saben leer y escribir, y se ha observado que las auxiliares de salud, al informar, le dan más prioridad a este grupo de mujeres.

En cuanto a la ocupación principal de las mujeres de los tres municipios, encontramos que es el hogar; sin embargo, en Coyuca de Benítez y Atoyac de Alvarez hay algunas mujeres que realizan sus actividades en el hogar y, al mismo tiempo, se dedican al trabajo en el campo y aun así su ingreso semanal es menor que un salario mínimo, mientras en Tecpan de Galeana hay quienes perciben entre 2 o más salarios mínimos. Es notable que, aunque las mujeres tienen escasos o suficientes recursos económicos, las auxiliares de salud las

Incluyen en el programa de planificación familiar. Pero aun así, en el aspecto de planificación familiar falta más orientación y búsqueda de usuarias nuevas, por parte de las auxiliares de salud, sobretodo madres que inician su familia, principalmente en Atoyac de Alvarez, donde se encontró que hay más usuarias con familias entre 5 a 7 integrantes.

En lo que respecta al número de comidas que realizan las mujeres entrevistadas, se halló que en Atoyac de Alvarez el 37.5% sólo refieren 2 comidas al día; sin embargo, éstas son de mayor calidad proteica en comparación con las 3 ó 4 comidas que consumen las usuarias en Coyuca de Benítez y Tecpan de Galeana. Cabe señalar que, en Atoyac de Alvarez, es mayor el consumo de carne (venado, pollo e iguana), ya que la mayoría de las usuarias entrevistadas viven en la zona de la sierra, lugar donde abundan más estos alimentos.

En los 3 municipios incluyen a menudo en su dieta alimentos de autoconsumo como son; huevo, frijoles, café, tortillas, queso, arroz, carne y agua, siendo escaso el consumo de verduras, pescado y sólo las frutas de temporada las ingieren más en Coyuca de Benítez.

Es importante destacar que aun cuando el estudio se interesó acerca de los hábitos alimenticios, no tenía como fin valorar el estado nutricional sino explorar las costumbres de alimentación, por la relación que puede existir con el uso del inyectable hormonal; además, es necesario considerar que las respuestas obtenidas en este renglón son subjetivas y en ocasiones no son fiables.

Con lo anterior podemos observar que hace falta orientación por las auxiliares de salud sobre nutrición, porque muchas veces cuentan con los alimentos pero no son aprovechados, como es el caso principalmente de las verduras (espinacas, chipil, pápalo quelite, chile, aguacate, cilantro, verdolagas), que aportan hierro al organismo indispensable para la mujer en edad reproductiva, considerando que durante la menstruación se pierde una cantidad promedio de sangre entre 30ml y que puede variar en condiciones normales desde manchas ligeras hasta 80ml; además, las mujeres con un periodo intergenésico corto, tienen más probabilidades de presentar anemia y, por lo consiguiente, procrear un producto de bajo peso al nacer; por otra parte, esta falta de hierro al organismo puede afectar a algunas mujeres en los primeros meses del uso de métodos anticonceptivos como el inyectable, hormonal oral, hormonal subdérmico o dispositivo intrauterino, por las irregularidades menstruales que pueden presentar.

Por otra parte, llama la atención que, en relación al servicio de salud al que acuden las mujeres entrevistadas, en Atoyac de Alvarez, aunque tengan un ingreso semanal bajo, asisten más al médico particular. Esta situación se presenta por el hecho de que no le tienen confianza al personal de los centros de salud y las auxiliares de salud no aplican el sistema de referencia.

Para comenzar a explicar el apartado sobre los antecedentes gineco-obstétricos de las usuarias, primeramente se tiene que la edad de sumenarca fue entre 11 a 15 años, lo que dio pauta a que iniciaran su vida sexual activa de los 15 a 20 años o más, resaltando que en Coyuca de Benítez hay más mujeres que comienzan su vida sexual a los 15 años o menos y, por lo tanto, tienen su primer embarazo a muy temprana edad y forman familias extensas; hay que considerar que este comportamiento está muy relacionado con la percepción cultural que tienen sobre la función de la mujer y el valor de la maternidad, además por la falta de educación para la salud en este sentido.

Acera del número de gestas, se encontró que en la población total estudiada predominó más quienes han tenido entre 1 a 3, y esta cantidad en general coincide con el número de hijos vivos; aun así, es notable que en Coyuca de Benítez y Atoyac de Alvarez algunas mujeres, aunque hayan tenido partos, normales actualmente tienen menos hijos vivos y, de acuerdo al diagnóstico de salud, las principales causas de mortalidad son: por afecciones perinatales, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias, accidentes y lesiones, mismas que son prevenibles a través de la atención primaria a la salud.

En Tecpan de Galeana hay más mujeres que han abortado por lo menos una vez; se necesita ampliar los conocimientos que tienen las auxiliares de salud sobre los factores de riesgo en el embarazo.

Es conveniente mencionar que fue en Atoyac de Alvarez el municipio donde las usuarias acuden más con el médico particular, y éste practica con mayor frecuencia las cesáreas, motivo por el cual en este municipio se presentó más como último evento obstétrico, y el tiempo entre éste y la entrevista fue de 1 a 2 años; se puede percibir que las auxiliares de salud, están protegiendo a este grupo de alto riesgo, pero falta que se les capacite más sobre el empleo de los métodos anticonceptivos, para que orienten a las madres con menos de un año a partir del último evento obstétrico.

También se observó que en Coyuca de Benítez las auxiliares de salud están promoviendo la planificación familiar en los grupos de riesgo, ya que se encontró que en este municipio hay más usuarias cuyo periodo transcurrido entre el último evento obstétrico y la entrevista fue menor de un año.

En el municipio de Tecpan de Galeana hay más mujeres que tienen conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos, como son el inyectable, hormonal oral, preservativo y el dispositivo intrauterino; esta información es proporcionada por la supervisora de auxiliares de salud, pero es necesario motivar a las auxiliares de salud para que la apoyen, mediante su participación en la capacitación continua a las usuarias y, de esta manera, ampliar la información que tienen sobre estos métodos y además dar a conocer los métodos anticonceptivos permanentes, naturales y hormonal subdérmico.

En Atoyac de Alvarez hay más usuarias que carecen de completa información sobre los métodos anticonceptivos, por lo que se requiere que la supervisora de auxiliares de salud haga más énfasis en la capacitación en servicio, puesto que para llevar adecuadamente el proceso de enseñanza-aprendizaje en las

auxiliares de salud no sólo se requiere retomar una área del conocimiento sino capacitarlas en los aspectos cognoscitivo, afectivo y psicomotor.

Para dar pauta a los aspectos relacionados con el uso del nuevo método anticonceptivo mensual inyectable Cyclofem, primeramente se obtuvo que el personal que lo dio a conocer más en los tres municipios estudiados fue la auxiliar de salud; aun así, en Atoyac de Alvarez se registró menos porcentaje, pero es compensado parcialmente por la supervisora de auxiliares de salud y la partera tradicional quienes han sido las que más han participado en difundir esta información. Aunque se puede observar que se debe hacer más énfasis en relación a la planificación familiar, ya que en este municipio se detectaron más personas que tienen escasos conocimientos sobre otros métodos anticonceptivos.

Debemos considerar que el inyectable Cyclofem ha sido empleado solamente de 1 a 4 meses antes de la entrevista, en mayor proporción en Atoyac de Alvarez, donde se observó que en algunas comunidades la partera o los familiares son los que realizan su aplicación cuando la auxiliar de salud no está disponible para brindar el servicio, lo que hace que las usuarias tengan pocas confianza en ella, sin embargo en Coyuca de Benítez llevan más tiempo, es decir, de 5 a 8 meses usándola, y las auxiliares de salud les aplican la inyección; pero se detectó que no siempre disponen de él, motivo por el cual la mayor parte de las usuarias abandonaron el método, y en Tecpan de Galeana la principal causa fue por los efectos secundarios, que son normales durante los primeros 6 meses y antes de este período abandonaron el método por no haber recibido suficiente orientación. En Atoyac de Alvarez existe el mismo problema y es el municipio donde menos orientación le brindan las auxiliares y, a pesar de esta situación, hubo más mujeres en comparación con Tecpan de Galeana que, después de abandonar el inyectable, eligieron como segunda opción las pastillas; esto se debe a que antes de usar el inyectable ya habían hecho uso de este método; en cambio, en Atoyac de Alvarez hay un alto porcentaje de mujeres que no habían utilizado antes ningún método, y es evidente la renuencia que muestran al preservativo, no sólo en este municipio si no también en Coyuca de Benítez, lo que se explica como una consecuencia de los valores culturales y creencias de los hombres respecto a su conducta sexual y reproductiva; sin embargo, en los tres municipios las mujeres son conscientes de la importancia de la planificación familiar.

De acuerdo con la literatura, se comprobó que hay mujeres que no presentan reacciones secundarias con el uso del método anticonceptivo Cyclofem; dentro de este grupo se identificó a un 17.5 % en Coyuca de Benítez, 12.5 % en Atoyac de Alvarez y un 29% en Tecpan de Galeana. La mayoría de las usuarias que presentaron reacciones secundarias como son: cefalea, mareos, retraso menstrual y náuseas, no las identificaron como normales por falta de orientación o ésta fue inadecuada, lo que puede ocasionar el abandono del método anticonceptivo; por lo tanto, es necesario reforzar la orientación para evitar la deserción al Programa de planificación familiar. Aunque fueron mínimos porcentajes, también se encontró a un grupo de mujeres que presentaron reacciones secundarias propias del método, como son: amenorrea (3%), cefalea (4%), mareos (2%) y náuseas (1%), pero éstas tuvieron una duración mayor de 6

meses lo cual de acuerdo a la literatura, no es normal, ya que su duración máxima es de "de 3 a 6 meses". De la misma forma se detectó a usuarias que refirieron reacciones que no son normales:- disminución de apetito, disminución de peso, somnolencia y nerviosismo.

Por último se obtuvo que hay algunas mujeres, que desean continuar con el anticonceptivo para seguir planificando la familia, aunque se presenten reacciones secundarias.

Esta situación reitera la necesidad de que la auxiliar de salud lleve un adecuado seguimiento a las usuarias, realizando visitas domiciliarias, reforzando la orientación e implantando pláticas sobre los efectos colaterales que pueden presentarse, así como también para valorar si la usuaria está satisfecha con el método.

Por otra parte era de esperarse que en Atoyac de Alvarez no conocieran si dichas reacciones eran normales, así como su tiempo de duración y a qué mujeres se les puede indicar el inyectable; lo interesante fue que en Coyuca de Benítez, municipio donde las auxiliares de salud participan en la promoción sobre la planificación familiar, las usuarias tampoco conocen sobre estos aspectos. En este municipio la supervisora de auxiliares de salud condiciona alas auxiliares de salud para que alcanzan una meta de usuarias, no importando el método anticonceptivo, por lo cual es necesario incrementar las pláticas sobre la metodología anticonceptiva moderna y reforzar la orientación en métodos anticonceptivos a la población abierta de las áreas rurales.

Con lo anterior podemos decir que las auxiliares de salud necesitan que las supervisoras de auxiliares de salud refuercen su capacitación, y sean actualizadas sobre los nuevos métodos anticonceptivos, para que de esta forma, cuando se presenten reacciones secundarias, éstas no pasen inadvertidas y se detecten con oportunidad.

V CONCLUSIONES

Para concluir con el presente estudio, se puede decir que se cumplió con los objetivos formulados. Los resultados obtenidos han sido de gran utilidad para conocer la problemática que presentan las usuarias del método anticonceptivo inyectable mensual Cyclofem, en diferentes comunidades con características propias aun siendo de la misma zona geográfica, y que pertenecen al Programa de Estrategia de Extensión de Cobertura, cuyo objetivo principal es proporcionar los servicios de salud a las comunidades rurales alejadas y de difícil acceso, donde son importantes las actividades desempeñadas por el personal de enfermería en salud pública que, a través de una auxiliar de salud de la propia comunidad, brinda servicios y educación para la salud.

Mediante esta investigación, se detectó que los objetivos de brindar una mejor orientación, a las usuarias del método anticonceptivo inyectable mensual Cyclofem, no están siendo cumplidas en su totalidad por el personal de salud, principalmente por la supervisora de auxiliares de salud, observándose que las auxiliares de salud carecen de capacitación en servicio, sobre todo en el aspecto de planificación familiar, motivo por el cual no están proporcionando suficiente orientación a las usuarias sobre las reacciones secundarias normales e indicaciones de la inyección; esta falta de información origina que las usuarias deserten al método; otro motivo importante es por la falta de abastecimiento del mismo a las auxiliares de salud, así como también la falta de motivación y uso de nuevas técnicas didácticas para la enseñanza, por parte de las supervisoras de auxiliares de salud, para que realicen adecuadamente sus funciones; en relación a esto se observó que algunas supervisoras de auxiliares de salud en lugar de desarrollar su trabajo, sobre la capacitación en servicio a las auxiliares de salud, las sustituyen en sus labores, ya que consideran que dichas actividades son de gran responsabilidad para ellas, y que tienen que ser llevadas a cabo, y de esta manera, les dedican más tiempo a las actividades que le corresponden a las auxiliares de salud como es el caso del registro de las actividades diarias, lo que les limita el tiempo para la capacitación en servicio.

Hay que considerar que el trabajo de la supervisora de auxiliares de salud y auxiliar de salud es difícil, porque las comunidades son muy complejas; el comportamiento de las usuarias está determinado por su cultura, creencias, costumbres y religión, así como por su edad, nivel escolar, medios de comunicación, y en parte, por la misma influencia que ejerce la propia auxiliar de salud y las parteras tradicionales.

Con el presente estudio, se puede comprobar la importancia que tiene el personal de Enfermería en la Salud Pública, en este caso las supervisoras de auxiliares de salud; pero es importante que retomen y ubiquen su participación en el Programa de Planificación Familiar y en la Estrategia de Extensión de Cobertura y, sobre todo, detecten y lleven un control de la problemática que pueden presentar las usuarias durante la introducción de un nuevo método anticonceptivo, mediante un análisis de la situación, que les permita buscar y emprender nuevas opciones de solución, pues sus actividades son de

trascendencia porque pueden aumentar la calidad de atención y la cobertura de los servicios de salud en las comunidades en donde laboran, beneficiando así, no sólo a esta población, sino también al resto de los niveles que conforman la estructura operativa de la EEC.

VI PROPUESTAS DE SOLUCION

GENERAL

Fomentar en los diferentes niveles operativos de la Estrategia de Extensión de Cobertura las supervisiones, y comprobar que al introducir un nuevo método anticonceptivo se cumplan las actividades programadas, se verifique el abastecimiento del anticonceptivo en las comunidades a cargo de las auxiliares de salud y se motive en campo a las supervisoras de auxiliares de salud para continuar con su trabajo.

PARTICULARES

Nivel Nacional.- Se sugiere crear un mecanismo de información, que permita conocer la frecuencia en que se presentan las reacciones secundarias en usuarias de nuevos métodos anticonceptivos, las causas de abandono al método y las actividades que el personal de enfermería realiza en este sentido; con lo anterior se puede determinar la problemática real que viven las usuarias y corregir oportunamente desviaciones. De esta manera se puede reforzar la atención de calidad que se brinda y dar seguimiento a las usuarias; aspectos importantes para que la población del área rural acepte los métodos anticonceptivos.

Nivel Estatal.- Es recomendable impartir capacitación formal a todas las supervisoras de auxiliares de salud, con el fin de dar a conocer los nuevos métodos anticonceptivos, hacer énfasis en la importancia de proporcionar orientación sobre las reacciones secundarias y reforzar los conocimientos que tienen sobre metodología anticonceptiva, así como del sistema de control logístico.

Nivel Modular.- Es conveniente que las supervisoras de auxiliares de salud, a través de un enfoque holístico, motiven y capaciten en servicio a las auxiliares de salud, en especial sobre planificación familiar, lo que permitirá entender a la planificación familiar no exclusivamente como control natal, de tal forma que las auxiliares de salud brinden orientación inclusive de nutrición a las usuarias al momento de las aplicaciones del inyectable. Se sugiere que se capacite a las auxiliares de salud para que impartan enseñanzas de planificación familiar no sólo a la población sino también a las parteras tradicionales.

Por otra parte sería adecuado apoyar, de acuerdo a las circunstancias, a las supervisoras de auxiliares de salud en la organización de reuniones para auxiliares de salud, en los centros de salud o localidades.

VII BIBLIOGRAFIA

ANTHONY, Parker Catherine. ANATOMIA Y FISIOLOGIA. Edt. Interamericana. 8a. Edc., México 1971. Pp 584.

MARTINEZ, Manautou Jorge. SUCEDIO EN MEXICO DEL NACIMIENTO DE LA "PILDORA" A LA REDUCCION DE LA TASA DE CRECIMIENTO POBLACIONAL. Edt. León. 4ta. Edc. Pp 680.

MORTON, S. Fine. Amor Sexo y Familia. Edt. Pax-México. 2da. Reimpresión. México D.F. Febrero 1988.

NUÑEZ, Maciel G. Eduardo. Ginecología y Obstetricia. Edt. Méndez, A.M.H.G.O. N.3. 3a. Edc. México D.F. 1995. Pg. 830.

PERNOLL, L. Martín. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico. Edt. Manual Moderno. 7a. Edc. México D.F. 1993. Pg. 945.

PEREZ, Palacios Gregorio. Et.al. Avances Recientes de la Regulación de la Fertilidad. Edt. Piensa. Volumen 1. México D.F. 1987. Pp 178.

PRITCHARD, Jack, A. Et.al. WILLIAMS OBSTETRICIA. Edt. Salvat Editores. 3a. Edc. México 1990. Pp. 900.

SECRETARIA DE SALUD. PROGRAMA ESTATAL DE SALUD REPRODUCTIVA. México, Guerrero. 1995. Pp. 47.

SECRETARIA DE SALUD. Actualización en Métodos Anticonceptivos. Edt. Litografía publicitaria. 1er. Edc. México 1993. Pp. 93.

SECRETARIA DE SALUD. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. México, Mayo 1994. Pp 56.

UNAM-ENEO. PLAN DE ESTUDIOS DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA. 1990.

TORTORA, J. Gerard. Principios de Anatomía y Fisiología. Edt. Harla. 6ta. Edc. México 1993. P.p. 08.

URBINA, Fuentes Manuel y Colds. Anticoncepción Hormonal. Secretaría de Salud. México 1988. Pp. 567.

REVISTAS

JICA. PROYECTO DE COOPERACION TECNICA SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR Y LA SALUD DE LA MUJER Y LOS NIÑOS. México D.F. 1992. Pp. 10

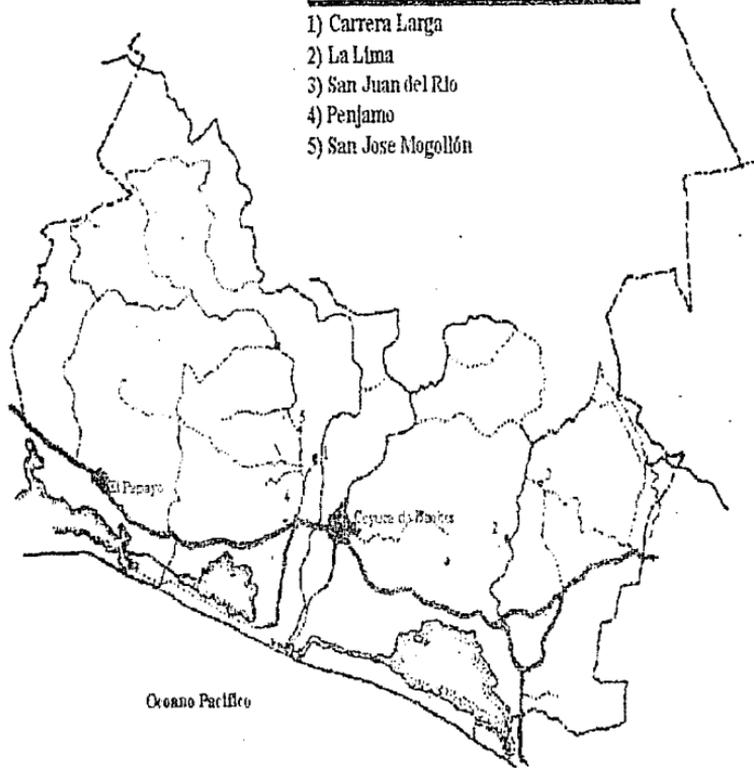
Secretaría de Salud. Estrategia de Extensión de Cobertura. 1er. Edc. México D.F. 1993. Pp. 31.

Secretaría de salud. Dirección General de Salud Reproductiva. MATERIAL DE APOYO DIDACTICO CYCLOFEM. México D.F. 1995. Pp. 49.

A N E X O S

COYUCA DE BENITEZ

- 1) Carrera Larga
- 2) La Lima
- 3) San Juan del Río
- 4) Pénjamo
- 5) San José Mogollón



ATOYAC DE ALVAREZ

- 1) Las Salinas
- 2) Ixtla
- 3) El Salto
- 4) El Cacao



TECPAN DE GALEANA

- 1) Las Mesas
- 2) Cañada de la Remonta
- 3) Rancho Alegre del Llano
- 4) Santa Rosa



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SECRETARIA DE SALUD

CUESTIONARIO APLICATIVO A USUARIAS DEL METODO ANTICONCEPTIVO INYECTABLE MENSUAL CYCLOFEM.

PROPOSITO: CONOCER ASPECTOS GENERALES RELACIONADOS CON DICHO METODO.

Municipio: _____ Comunidad: _____

Nombre de la usuaria: _____

1.- Edad: _____

2.- Ocupación: ()

- a) Hogar.
- b) Campo - Hogar.
- c) Comercio - Hogar.

3.- Escolaridad: ()

- a) No sabe leer y escribir.
- b) Autodidacta.
- c) Primaria incompleta.
- d) Primaria completa.
- e) Secundaria incompleta.
- f) Secundaria completa.
- g) Nivel medio superior.
- h) Nivel superior.

4.- Número de integrantes en la familia. _____

5.- Ingreso Semanal. _____

6.- En caso de enfermedad, ¿Con quién acude? ()

- a) Auxiliar de Salud.
- b) Partera Tradicional.
- c) Supervisora de Auxiliar de Salud.
- d) Centro de Salud.
- e) Otros. _____

7.- Tiempo de traslado al Centro de Salud u otra Institución. _____

8.- Medio de transporte. ()

- a) Caminando.
- b) Camioneta pasajera.
- c) Camioneta pasajera y microbús.
- d) Combi.
- e) Taxi.
- f) Camioneta pasajera y caminando.

9.- Costo de transporte. ()

- a) \$ 0 a \$ 10.00
- b) \$ 11.00 a \$ 20.00

10.- ¿ Cuántas comidas hace al día ? ()

- a) 2
- b) 3
- c) 4

11.- ¿Que alimentos acostumbra comer en el día?

Desayuno: _____

Almuerzo: _____

Comida: _____

Cena: _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

12.- Fecha de su última menstruación: _____

13.- Ritmo: _____

14.- Menarca: _____

15.- ¿A qué edad inició su vida sexual activa? _____

16.- Gesta: _____

17.- Paridad: _____

- 18.- Cesárea: _____
- 19.- Aborto: _____
- 20.- Tipo de último evento obstétrico: _____
- 21.- Fecha del último evento obstétrico: _____
- 22.- Número de hijos actualmente vivos: _____

METODO ANTICONCEPTIVO INYECTABLE MENSUAL CYCLOFEM

- 23.- ¿Que métodos anticonceptivos conoce? _____
- 24.- ¿Quién le dio a conocer el método (CYCLOFEM)? ()
- a) Auxiliar de Salud.
 - b) Partera Tradicional.
 - c) Supervisora de Auxiliar de Salud.
 - d) Médico
 - e) Vecina
- 25.- ¿Por que eligió el método inyectable Cyclofem? _____
- 26.- ¿Cuánto tiempo lleva (o) aplicándose la inyección? ()
- a) 1-4 meses
 - b) 5-8 meses
 - c) 9-12 meses
 - d) más de 12 meses
- 27.- ¿Quién se lo aplica (ó)? _____
- En caso de haber suspendido la inyección.
- 28.- ¿Por qué ya no la usó? _____
- 29.- ¿Después de dejar la inyección, la orientó alguien? ()
- a) No.
 - b) Auxiliar de salud.
 - c) Supervisora de auxiliares de salud.
 - d) Otros: _____

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 30.- ¿Escogió otro método? ()
a) No.
b) Pastillas.
c) Inyección bimestral.
d) Preservativo.
e) Dispositivo Intrauterino.
- 31.- Antes de usar la inyección ¿Que método usaba? ()
a) Pastillas
b) Inyección bimestral.
c) Preservativo
d) Dispositivo Intrauterino.
e) Ninguno.
- 32.- ¿Que síntomas presenta(ó)? _____

- 33.- ¿Por cuánto tiempo? _____
- 34.- ¿Cuales cree que sean normales? _____

- 35.- ¿En qué tiempo cree que le van a desaparecer? _____
- 36.- ¿Qué otros síntomas conoce? _____

- 37.- ¿A que personas le recomendaría la inyección? _____

- 38.- ¿Le gustaría continuar con el método? ()
a) Sí.
b) No.
¿Por qué? _____
- 39.- ¿Tiene alguna duda sobre el Cyclofem? ()
a) Sí.
b) No.
¿Cuáles? _____

Cuadro No. 1
Edad de las mujeres entrevistadas de los municipios de Coyuca de Benítez,
Atoyac de Álvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio-Agosto 1996.

GRUPO DE EDAD	Coyuca de Benítez		Atoyac de Álvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
16 - 19	4.00	10.00	1.00	4.16	7.00	18.42
20 - 29	19.00	47.50	20.00	83.33	22.00	57.89
30 - 35	8.00	20.00	3.00		6.00	15.78
36 - 45	8.00	20.00	-	-	2.00	
46 y más	1.00	2.50	-	-	1.00	
TOTAL	40.00	100.00	24.00	100.00	38.00	100.00

FUENTE: Cuestionario aplicado a usuarias del método anticonceptivo inyectable mensual Cyclofem.

Se aumentó una centésima para redondear al 100 %.

Cuadro No. 2
Ocupación de las mujeres entrevistadas de los municipios de Coyuca de Benítez,
Atoyac de Álvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio-Agosto 1996.

OCUPACIÓN	Coyuca de Benítez		Atoyac de Álvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hogar	29.00	72.50	21.00	87.50	38.00	100.00
Campo - hogar	8.00	20.00	3.00	12.50	-	-
Comercio - hogar	3.00	7.50	-	-	-	-
TOTAL	40.00	100.00	24.00	100.00	38.00	100.00

Fuente : Misma del cuadro anterior.

Cuadro No. 3
Nivel de escolaridad de las mujeres entrevistadas de los municipios de
Coyuca de Benitez, Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio-Agosto 1996.

ESCOLARIDAD	Coyuca de Benitez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
No sabe leer y escribir	11.00	28.95	4.00	15.67	4.00	10.52
Primaria incompleta	16.00	42.10	8.00	33.33	14.00	36.84
Primaria completa	6.00	15.79	8.00	33.33	10.00	
Secundaria incompleta	1.00	2.63	-	-	7.00	
Secundaria completa	4.00	10.52	4.00	15.67	3.00	7.89
TOTAL	38.00	100.00	24.00	100.00	38.00	100.00

Fuente: Misma del cuadro anterior.

NOTA: En Coyuca de Benitez 2 de las mujeres entrevistadas son autodidácticas.

Se aumentó una centésima para redondear al 100 %.

Cuadro No. 4
Número de integrantes en la familia de las mujeres entrevistadas de los municipios
de Coyuca de Benitez, Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio-Agosto 1996.

NÚMEROS DE INTEGRANTES	Coyuca de Benitez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
2 - 4	19.00	47.50	9.00	37.50	19.00	50.00
5 - 7	13.00	32.50	13.00	54.16	15.00	39.47
8 - 11	7.00	17.50	2.00	8.33	4.00	
12 y más	1.00	2.50	-	-	-	-
TOTAL	40.00	100.00	24.00	100.00	38.00	100.00

Fuente: Misma del cuadro anterior.

Se aumentó una centésima para redondear al 100 %.

Cuadro No. 5
Ingreso semanal en la familia de las mujeres entrevistadas de los municipios
de Coyuca de Benítez, Atoyac de Álvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio-Agosto 1996.

INGRESO SEMANAL	Coyuca de Benítez		Atoyac de Álvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
\$10.00 - 50.00	18.00	45.00	9.00	37.50	1.00	2.63
\$51.00 - 112.00	5.00	12.50	10.00	41.66	2.00	5.26
\$112.50 - 168.65	4.00	10.00	3.00	12.50	5.00	13.16
\$169.00 - 225.00	6.00	15.00	2.00	8.33	6.00	15.79
\$226.00 - 500.00	7.00	17.50	-	-	16.00	42.10
No respondieron	-	-	-	-	8.00	20.51
TOTAL	40.00	100.00	24.00	100.00	38.00	100.00

Fuente : Misma del cuadro anterior.

NOTA: Un salario mínimo semanal corresponde a \$112.50.

100.00 Se aumentó una centésima para redondear al 100 % .

Cuadro No. 6
Servicio de Salud al que acuden las mujeres entrevistadas en caso de enfermedad de los municipios
de Coyuca de Benítez, Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio - Agosto 1996.

SERVICIO DE SALUD AL QUE ACUDEN	Coyuca de Benítez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Centro de salud	19.00	47.50	5.00	-	5.00	13.16
Centro de salud y médico particular	-	-	-	-	6.00	15.79
Médico particular	4.00	10.00	12.00	-	11.00	28.95
Auxiliar de salud	8.00	20.00	4.00	-	4.00	10.53
Auxiliar de salud y centro de salud	-	-	-	-	6.00	15.78
Automedicación	6.00	15.00	-	-	2.00	5.27
Partera tradicional	2.00	5.00	2.00	-	-	-
Supervisora de auxiliar de salud	-	-	-	-	-	-
IMSS y hospital	1.00	2.50	1.00	-	1.00	2.63
Auxiliar de salud y médico particular	-	-	-	-	3.00	7.89
TOTAL	40.00	100.00	24.00	100.00	38.00	100.00

Fuente : Misma del cuadro anterior.

Se aumentó una centésima para redondear al 100 % .

Cuadro No. 7

**Tiempo de traslado al centro de salud u otra Institución a la que acuden las mujeres entrevistadas en caso de enfermedad de los municipios de Coyuca de Benítez, Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio-Agosto 1996.**

TIEMPO DE TRASLADO	Coyuca de Benítez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
0 - 15 min.	-	-	1.00		9.00	28.12
16 - 30 min.	5.00	20.00	7.00		11.00	34.37
31 - 60 min.	11.00	44.00	5.00		5.00	15.63
61 - 90 min.	5.00	20.00	2.00	11.11	5.00	15.63
más de 90 min.	4.00	16.00	3.00	16.66	2.00	6.25
TOTAL	25.00	100.00	18.00	100.00	32.00	100.00

Fuente : Misma del cuadro anterior.

NOTA: La población total no fue de 102 sino de 75, ya que se eliminaron a 5 personas que se automedican, 16 que acuden con la auxiliar de salud y 3 con la partera tradicional.

Se aumentó una centésima para redondear al 100 %.

Cuadro No. 8-A
Medio de transporte que utilizan las mujeres entrevistadas para acudir al servicio de salud en los municipios de Coyuca de Benítez, Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana, Gro. Julio-Agosto 1996.

MEDIO DE TRANSPORTE	Coyuca de Benítez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Caminando	3.00	12.00	-	-	-	-
Camioneta pasajera	21.00	84.00	6.00	33.34	14.00	28.00
Camioneta pasajera y microbus	-	-	-	-	8.00	25.00
Combi	1.00	4.00	12.00	66.66	-	-
Taxi	-	-	-	-	5.00	15.62
Camioneta pasajera y caminando	-	-	-	-	5.00	15.62
TOTAL	25.00	100.00	18.00	100.00	32.00	100.00

Fuente : Misma del cuadro anterior.

NOTA: La población total no fue de 102 sino de 75, debido a que se eliminaron a 8 personas que se automedican, 16 que acuden con la auxiliar de salud y 3 con la partera tradicional

Se aumentó una centésima para redondear al 100 %.

Cuadro No. 8-B
Costo del transporte para el servicio de salud al que acuden las mujeres entrevistadas de los municipios de Coyuca de Benítez, Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana, Gro Julio-Agosto 1996.

COSTO DEL TRANSPORTE	Coyuca de Benítez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
0 a \$10.00	11.00	50.00	13.00	72.22	28.00	70.00
entre \$11.00 y \$20.00	11.00	50.00	5.00	27.77	4.00	12.50
TOTAL	22.00	100.00	18.00	100.00	32.00	100.00

Fuente : Misma del cuadro anterior.

NOTA: La población total no fue de 102 sino de 72, porque se eliminaron a 8 personas que se automedican, 16 que acuden con la Auxiliar de salud, 4 con la partera tradicional y 2 que caminan para dirigirse al Centro de salud.

Se aumento una centésima para redondear al 100 %

Cuadro No. 9

Número de comidas que realizan las mujeres entrevistadas durante el día, en los municipios de Coyuca de Benítez, Atoyac de Álvarez y Tecpan de Galeana, Gro. Julio-Agosto 1996.

NUMERO DE COMIDAS	Coyuca de Benítez		Atoyac de Álvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
2	2.00	5.12	9.00	37.50	2.00	5.26
3	21.00	53.85	12.00	50.00	12.00	31.58
4	16.00	41.03	3.00	12.50	24.00	62.84
TOTAL	39.00	100.00	24.00	100.00	38.00	100.00

Fuente: Misma del cuadro anterior

NOTA: En Coyuca de Benítez se eliminó a una persona que realiza 5 comidas al día.

Se aumentó una centésima para redondear al 100 %.

Cuadro No. 10
Alimentos que Ingieren durante el día, las mujeres entrevistadas de los municipios
de Coyuca de Benítez, Atoyac de Álvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio-Agosto 1996.

ALIMENTOS	Coyuca de Benítez		Atoyac de Álvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Café	37.00	92.50	20.00	83.33	28.00	73.68
Chocolate	-	-	-	-	5.00	13.15
Té	1.00	2.50	-	-	10.00	26.31
Leche	6.00	15.00	9.00	37.50	25.00	65.78
Pan	32.00	80.00	4.00	16.66	9.00	23.68
Galletas	15.00	12.50	3.00	12.50	14.00	36.84
Frijol	34.00	85.00	24.00	100.00	38.00	100.00
Huevo	35.00	87.50	22.00	91.66	27.00	71.05
Pescado	18.00	45.00	9.00	37.50	26.00	68.42
Tortilla	39.00	97.50	18.00	75.00	27.00	71.05
Carne	13.00	32.50	24.00	100.00	30.00	78.94
Frutas	28.00	70.00	3.00	12.50	10.00	26.31
Verduras	4.00	10.00	4.00	16.66	13.00	34.21
Sopa	5.00	12.50	5.00	20.83	14.00	36.84
Arroz	14.00	35.00	13.00	54.16	21.00	55.26
Queso	19.00	47.50	9.00	37.50	21.00	55.26
Crema	-	-	-	-	9.00	23.68
Mariscos	1.00	2.50	7.00	29.16	6.00	15.78
Chile	28.00	70.00	5.00	20.83	15.00	39.47
Agua	40.00	100.00	17.00	70.83	35.00	92.10
Refresco	13.00	32.50	-	-	10.00	26.31
Atole	3.00	7.50	2.00	8.30	-	-

Fuente : Misma del cuadro anterior.

Cuadro No. 11
Edad en la que inician su vida sexual activa las mujeres entrevistadas en los municipios
de Coyuca de Benitez, Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio-Agosto 1996.

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	Coyuca de Benitez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 15 años	8.00	20.00	1.00	4.16	4.00	10.33
15 a 20 años	28.00	70.00	21.00	87.51	31.00	81.58
21 a 30 años	4.00	10.00	2.00	8.33	3.00	7.89
TOTAL	40.00	100.00	24.00	100.00	38.00	100.00

FUENTE: Misma del cuadro anterior.

Se aumentó 1 centésima para redondear a 100%.

Cuadro No. 12
Menarca de las mujeres entrevistadas de los municipios de Coyuca de Benitez,
Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio-Agosto 1996.

MENARCA	Coyuca de Benitez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
11 - 15 años	37.00	94.87	19.00	79.17	30.00	78.94
16 - 17 años	2.00	5.13	5.00	20.83	8.00	21.05
TOTAL	39.00	100.00	24.00	100.00	38.00	100.00

FUENTE: Misma del cuadro anterior.

NOTA: En Coyuca de Benitez solo una entrevistada, respondió que su menarca fue a los 10 años.

Se aumentó 1 centésima para redondear a 100%.

Cuadro No. 13
Número de gestas de las mujeres entrevistadas en los municipios de
Coyuca de Benítez, Atoyac de Álvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio-Agosto 1996.

NUMERO DE GESTAS	Coyuca de Benítez		Atoyac de Álvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguno	-	-	-	-	2.00	5.91
1 - 2	13.00	32.50	7.00	29.17	16.00	43.24
3 - 4	14.00	35.00	10.00	41.67	8.00	21.62
5 - 6	4.00	10.00	5.00	20.83	8.00	21.62
7 - 9	4.00	10.00	2.00	8.33	3.00	7.71
10 - 12	5.00	12.50	-	-	-	-
TOTAL	40.00	100.00	24.00	100.00	37.00	100.00

FUENTE: Misma del cuadro anterior.

Se aumentó 1 centésima para redondear a 100%.

Nota: En Tecpan de Galeana una mujer entrevistada su numero de gesta fue de 14.

Cuadro No. 14
Número de abortos de las mujeres entrevistadas en los municipios de
Coyuca de Benítez, Atoyac de Álvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio-Agosto 1996.

NUMERO DE ABORTOS	Coyuca de Benítez		Atoyac de Álvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguno	32.00	80.00	22.00	91.66	26.00	66.67
1	4.00	10.00	1.00	4.17	10.00	26.31
2	4.00	10.00	1.00	4.17	1.00	2.63
Más de 2	-	-	-	-	1.00	2.63
TOTAL	40.00	100.00	24.00	100.00	38.00	100.00

FUENTE: Misma del cuadro anterior.

Se aumentó 1 centésima para redondear a 100%.

Cuadro No. 15-A
Número de partos normales de las mujeres entrevistadas en los municipios de
Coyuca de Benítez, Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio-Agosto 1996.

NUMERO DE PARTOS NORMALES	Coyuca de Benítez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguno	-	-	-	-	4.00	10.52
1 - 2	14.00	35.00	7.00	31.82	16.00	27.13
3 - 4	14.00	35.00	9.00	40.90	7.00	18.42
5 - 6	4.00	10.00	4.00	18.18	9.00	23.68
7 - 9	5.00	12.50	2.00	9.09	2.00	5.00
10 - 12	3.00	7.50	-	-	-	-
TOTAL	40.00	100.00	22.00	100.00	34.00	89.48

FUENTE: Misma del cuadro anterior.

NOTA: En Atoyac de Alvarez se descarto en 2 usuarias ya que tuvieron cesarea.

Se aumentó 1 centésima para redondear a 100%.

Cuadro No. 15-B
Número de cesáreas de las mujeres entrevistadas en los municipios de
Coyuca de Benítez, Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio-Agosto 1996.

NUMERO DE CESAREAS	Coyuca de Benítez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguna	39.00	97.50	21.00	87.50	35.00	89.48
1	1.00	2.50	3.00	12.50	3.00	7.89
2 ó más	-	-	-	-	-	-
TOTAL	40.00	100.00	24.00	100.00	39.00	100.00

FUENTE: Misma del cuadro anterior.

NOTA: En Atoyac de Alvarez de las 3 usuarias, una presento parto normal y cesarea.

Se aumentó 1 centésima para redondear a 100%.

Cuadro No. 18

Tipo del último evento obstétrico de las mujeres entrevistadas de los municipios de Coyoaca de Benitez, Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana, Gro. Julio-Agosto 1996.

TIPO DEL ULTIMO EVENTO OBSTETRICO	Coyoaca de Benitez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Aborto	2.00	5.00	1.00	4.16	4.00	11.2
Parto Normal	38.00	95.00	19.00	78.7	29.00	80.55
Cesárea	-	-	4.00	15.7	3.00	8.33
TOTAL	40.00	100.00	24.00	100.00	36.00	100.00

FUENTE: Misma del cuadro anterior.

NOTA: En Tecpan de Galeana se descartaron a dos usuarias por ser nuligestas.

Se aumentó 1 centésima para redondear a 100%.

Cuadro No. 17

Tiempo transcurrido entre el último evento obstétrico y fecha actual en las mujeres entrevistadas en Coyoaca de Benitez, Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana, Gro. Julio-Agosto 1996.

TIEMPO TRANSCURRIDO	Coyoaca de Benitez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 1 año	9.00	22.50	2.00	8.33	1.00	
1 a 2 años	16.00	40.00	19.00	78.7	16.00	44.44
3 a 4 años	7.00	17.50	3.00	12.50	15.00	41.66
más de 4 años	8.00	20.00	-	-	4.00	
TOTAL	40.00	100.00	24.00	100.00	36.00	100.00

FUENTE: Misma del cuadro anterior.

NOTA: En Tecpan de Galeana se descartaron a dos usuarias por ser nuligestas.

Se aumentó 1 centésima para redondear a 100%.

Cuadro No. 18
Número de hijos vivos de las mujeres entrevistadas de los municipios
de Coyuca de Benítez, Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio-Agosto 1996.

NUMERO DE HIJOS VIVOS	Coyuca de Benítez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguno	-	-	-	-	2.00	5.27
1 - 2	15.00	37.50	8.00	33.33	19.00	50.00
3 - 4	15.00	37.50	11.00	45.83	6.00	15.78
5 - 6	5.00	12.50	3.00	12.50	9.00	23.68
7 - 9	5.00	12.50	2.00	8.33	2.00	5.27
10 - 12	-	-	-	-	-	-
TOTAL	40.00	100.00	24.00	100.00	38.00	100.00

FUENTE: Misma del cuadro anterior.

Nota: Se sumó 1 centésima para redondear a 100%.

Cuadro No. 19
Conocimiento de los métodos anticonceptivos de las mujeres entrevistadas de los
municipios de Coyuca de Benítez, Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio-Agosto 1996.

CONOCIMIENTO DE LOS METODOS ANTICON.	Coyuca de Benítez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Inyección	40.00	100.00	24.00	100.00	38.00	100.00
Pastilla	35.00	87.50	16.00	66.66	35.00	92.10
Preservativo	10.00	25.00	6.00	25.00	29.00	76.31
Dispositivo intrauterino	12.00	30.00	2.00	8.30	25.00	65.78
Salpingoclasia (OTB)	11.00	27.50	1.00	4.16	6.00	15.78
Vasectomía	4.00	10.00	1.00	4.16	1.00	2.63

FUENTE: Misma del cuadro anterior.

Cuadro No. 20
Personal que dio a conocer el método anticonceptivo inyectable Cyclofem a las mujeres
entrevistadas de los municipios de Coyuca de Benítez, Atoyac de Alvarez y
Tecpan de Galeana, Gro.
Julio-Agosto 1996.

PERSONAL INFORMANTE	Coyuca de Benítez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Auxiliar de salud	36.00	90.00	12.00	50.00	27.00	
Supervisora de auxiliares de salud	2.00	5.00	4.00	16.66	7.00	
Partera tradicional	-	-	6.00	25.00	1.00	2.70
Médico	1.00	2.50	1.00		1.00	2.70
Vecina	1.00	2.50	1.00		1.00	2.70
TOTAL	40.00	100.00	24.00	100.00	37.00	100.00

FUENTE: Misma del cuadro anterior.

NOTA: En Tecpan de Galeana se eliminó un caso en el que el personal informante fue una enfermera de otra institución de salud.

~~Se~~ Se aumentó una centésima para redondear al 100%.

Cuadro No. 21
Motivo de elección para el uso del método anticonceptivo inyectable Cyclofem de las mujeres
entrevistadas de los municipios de Coyuca de Benitez, Atoyac de Alvarez y
Teccan de Galeana, Gro.
Julio-Agosto 1996.

MOTIVO DE ELECCION	Coyuca de Benitez		Atoyac de Alvarez		Teccan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Auxiliar de salud no tenia otro método	1.00	2.50	1.00		3.00	7.89
No conozco otro método	4.00	10.00	8.00	33.33	1.00	
No le probó la pastilla	6.00	15.00	2.00	8.33	8.00	21.05
La inyección es mensual y fácil de usar	17.00	42.50	7.00	29.16	9.00	23.68
Si le probó	2.00	5.00	1.00		4.00	10.52
La auxiliar de salud le dijo	3.00	7.50	1.00		-	-
La supervisora de auxiliar de salud le dijo	-	-	2.00	8.33	2.00	5.26
Recomendaciones de otras personas	4.00	10.00	1.00		1.00	2.64
Para ver si le probaba	2.00	5.00	-	-	1.00	
Otros	1.00	2.50	1.00		9.00	23.68
TOTAL	40.00	100.00	24.00	100.00	38.00	100.00

FUENTE: Misma del cuadro anterior.

NOTA: Entre otras causas se encontro que en Atoyac de Alvarez una usuaria se le olvida tomar la pastilla, otra en Coyuca de Benitez la siente más segura, y en Teccan de Galeana (1) nuncaa habia utilizado otro método, (1) le tiene miedo a la OTB, le enfada tomar pastillas (2), por que la siente más segura (1), por desición propia (1), porque la inyección es gratis (1), aseguró que se tomará las pastillas (1).

(Nota) Se aumentó una centésima para redondear al 100%.

Cuadro No. 22
Tiempo de aplicación del método anticonceptivo inyectable Cycloferm,
en las mujeres entrevistadas de los municipios de Coyuca de Benítez,
Atoyac de Álvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio-Agosto 1996.

Tiempo de Aplicación	Coyuca de Benitez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
1 - 4 meses	16.00	40.00	14.00	58.33	20.00	52.24
5 - 8 meses	21.00	52.50	7.00	29.17	9.00	23.68
9 - 12 meses	3.00	7.50	3.00	12.50	3.00	7.89
más de 12 meses	-	-	-	-	6.00	15.79
Total	40.00	100.00	24.00	100.00	38.00	100.00

Fuente: Misma del cuadro anterior.

Se aumentó una centésima para redondear al 100%.

Cuadro No. 23
Personal que aplicó el método anticonceptivo inyectable Cycloferm a las
mujeres entrevistadas en los municipios de Coyuca de Benítez,
Atoyac de Álvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio-Agosto 1996.

Personal que Aplicó	Coyuca de Benitez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Auxiliar de salud	36.00	90.00	10.00	41.67	24.00	63.15
Partera tradicional	-	-	5.00	20.83	1.00	2.63
Vecina	-	-	3.00	13.04	4.00	10.52
Familiar	1.00	2.50	5.00	20.83	7.00	18.42
Ella misma	3.00	7.50	-	-	2.00	5.26
Supervisora de auxiliares de salud	-	-	-	-	-	-
Total	40.00	100.00	23.00	100.00	38.00	100.00

Fuente: Misma del cuadro anterior.

Nota: En Atoyac de Álvarez se descartó un caso por no encontrarse dentro de los rubros, ya que la persona aseguró, que le aplican la inyección cualquier persona que sabe inyectar

Se aumentó una centésima para redondear al 100%.

Cuadro No. 24
Razón de abandono del método anticonceptivo inyectable Cyclofem
en mujeres entrevistadas en los municipios de Coyuca de Benitez,
Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio-Agosto 1996.

Razón de Abandono	Coyuca de Benitez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Por efectos secundarios.	8.00	34.78	4.00	40.00	9.00	75.00
La auxiliar de salud no tenia Cyclofem.	13.00	56.53	4.00	40.00	-	-
Otros	2.00	8.69	2.00	20.00	3.00	25.00
Total	23.00	100.00	10.00	100.00	12.00	100.00

Fuente: Misma del cuadro anterior.

Nota: La población total fue de 45 mujeres, ya que correspondió al número de personas que abandonaron el método anticonceptivo.

Entre otras de las razones fueron: que por ausencia de la pareja (2) en Atoyac de Alvarez, en Coyuca de Benitez por que su cuidada le dijo que que la podia dañar (1), y se le olvida ponerla (1); en Tecpan de Galeana le dijeron que no la use por que se le retira "la regla", por que se enfada de la inyección (1), le dijeron que podia quedar embarazada (1).

Nota: Se aumentó una centésima para redondear al 100%.

Cuadro No. 25
Mujeres entrevistadas que recibieron orientación al abandonar el método
anticonceptivo inyectable Cyclofem de los municipios de Coyuca de Benitez,
Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio-Agosto 1996.

Mujeres que recibieron Orientación	Coyuca de Benitez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	8.00	34.78	1.00	10.00	3.00	25.00
No	15.00	65.22	9.00	90.00	9.00	75.00
Total	23.00	100.00	10.00	100.00	12.00	100.00

Fuente: Misma del cuadro anterior.

Nota: Se aumentó una centésima para redondear al 100%.

Cuadro No. 26
Personal que orientó a las mujeres entrevistadas que abandonaron el método
anticonceptivo Inyectable Cyclofem de los municipios de Coyuca de Benítez,
Atoyac de Álvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio - Agosto 1996

Personal que Orientó	Coyuca de Benítez		Atoyac de Álvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Auxiliar de salud	8.00	100.00	-	-	2.00	100.00
Supervisora de auxiliares de salud	-	-	-	-	-	-
Total	8.00	100.00	-	-	2.00	100.00

Fuente: Misma del cuadro anterior.

Nota: En Atoyac de Álvarez solo una enfermera de otra institución orientó a la usuaria, y en Tecpan de Galeana a una usuaria la orientó su suegra.

Cuadro No. 27
Uso de otro método anticonceptivo por las usuarias que abandonaron
el inyectable Cyclofem en los municipios de Coyuca de Benítez,
Atoyac de Álvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio - Agosto 1996

Otro Método	Coyuca de Benítez		Atoyac de Álvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Si	13.00	46.67	5.00	50.00	5.00	41.66
No	10.00	43.47	5.00	50.00	7.00	41.18
Total	23.00	100.00	10.00	100.00	12.00	100.00

Fuente: Misma del cuadro anterior.

Nota: Se aumentó una centésima para redondear al 100%

Cuadro No. 28
Método anticonceptivo que eligieron las mujeres entrevistadas que abandonaron el
inyectable Cyclofem de los municipios de Coyuca de Benítez,
Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio - Agosto 1996

Método elegible	Coyuca de Benítez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Pastillas	9.00	69.23	4.00	80.00	3.00	60.00
Inyección bimestral	3.00	23.08	1.00	20.00	2.00	40.00
Preservativo	1.00	7.69	-	-	-	-
Total	13.00	100.00	5.00	100.00	5.00	100.00

Fuente: Misma del cuadro anterior.

 Se aumentó una centésima para redondear al 100%

Cuadro No. 29
Método anticonceptivo que utilizaron las mujeres entrevistadas antes del
inyectable Cyclofem en los municipios de Coyuca de Benítez,
Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio - Agosto 1996

Método utilizado	Coyuca de Benítez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Pastillas	8.00	20.00	7.00	100.00	13.00	100.00
Inyección bimestral	5.00	12.50	1.00	4.54	6.00	16.66
Preservativo	2.00	5.00	-	-	8.00	22.22
DIU	-	-	-	-	2.00	5.00
Ninguno	25.00	62.50	14.00	100.00	9.00	20.00
Total	40.00	100.00	22.00	100.00	38.00	100.00

Fuente: Misma del cuadro anterior.

 Se aumentó una centésima para redondear al 100%

Cuadro No. 30 - A
Reacciones secundarias que presentaron las mujeres entrevistadas con el
método anticonceptivo inyectable Cyclofem de los municipios de Coyoaca
de Benitez, Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio - Agosto 1996

Reacción sobre aparato reproductor	Coyoaca de Benitez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Retraso menstrual	9.00	22.50	12.00	60.00	7.00	25.90
Amenorrea	6.00	15.00	-	-	3.00	11.11
Sangrado escaso	7.00	17.50	-	-	1.00	3.70
Sangrado abundante	5.00	12.50	2.00	10.00	-	-
Sangrado prolongado	4.00	10.00	-	-	-	-
Sangrado frecuente	5.00	12.50	-	-	4.00	14.80
Ninguna	9.00	22.50	3.00	12.50	20.00	52.63

Fuente: Misma del cuadro anterior.

Cuadro No. 30 - B
Reacciones secundarias que presentaron las mujeres entrevistadas con el
método anticonceptivo inyectable Cyclofem de los municipios de Coyuca de
Benítez, Atoyac de Álvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio - Agosto 1996

Reacción sobre otros aparatos y sistemas	Coyuca de Benítez		Atoyac de Álvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Cefalea	10.00	25.00	12.00	60.00	5.00	18.51
Náuseas	1.00	2.50	6.00	30.00	3.00	11.11
Vomito	-	-	-	-	-	-
Mastalgia	-	-	4.00	20.00	-	-
Disminución de peso	2.00	5.00	8.00	40.00	2.00	7.40
Disminución de apetito	2.00	5.00	5.00	25.00	-	-
Aumento de peso	7.00	17.50	1.00	5.00	3.00	11.11
Aumento de apetito	4.00	10.00	2.00	10.00	2.00	7.40
Somnolencia	8.00	20.00	3.00	15.00	-	-
Nerviosismo	2.00	5.00	4.00	20.00	-	-
Dolor de miembros inferiores	-	-	3.00	15.00	1.00	3.70
Dolor lumbar	1.00	2.50	4.00	20.00	-	-
Letargia	3.00	7.50	3.00	15.00	5.00	18.51
Mareos	6.00	15.00	4.00	20.00	11.00	41.74
Cloasma	2.00	5.00	2.00	10.00	-	-
Acufenos y fosfenos	2.00	5.00	3.00	15.00	-	-
Otros	4.00	10.00	2.00	10.00	1.00	3.70
Ninguna	12.00	30.00	3.00	12.50	24.00	63.15

Fuente: Misma del cuadro anterior.

Nota: Hubo 57 preguntas dirigidas en Coyuca de Benítez, 21 en Atoyac de Álvarez y 14 en Tecpan de Galeana, en Atoyac de Álvarez una mujer no respondió.

Cuadro No. 31
Reacciones secundarias que las mujeres entrevistadas creen normales; de los
municipios de Coyuca de Benitez, Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio - Agosto 1996

Reacciones que creen normal	Coyuca de Benitez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Retraso menstrual	6.00	18.18	1.00	5.00	17.00	68.00
Cefalea	2.00	8.69	-	-	2.00	8.00
No sabe	18.00	54.54	6.00	30.00	3.00	12.00
Ninguno	7.00	30.43	10.00	50.00	3.00	12.00
Otros	2.00	8.69	3.00	15.00	2.00	7.40

Fuente: Misma del cuadro anterior.

Nota: En Coyuca de Benitez entre otras respuestas se encontro que sangrado frecuente (1) y mareos (1); en Atoyac de Alvarez una usuaria no contesto y 2 todas las reacciones que presentaron consideran que son normales; en Tecpan de Galeana sangrados frecuentes (1) y letargia (1). En coyuca de Benitez hubo 7 preguntas no aplicables, 4 de Atoyac de Alvarez y 11 en Tecpan de Galeana.

Cuadro No. 32
Tiempo en que las mujeres entrevistadas creen que desaparecerán
las reacciones secundarias en los municipios de Coyuca de Benitez,
Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana, Gro. Julio - Agosto 1996

Tiempo que creen que van a desaparecer	Coyuca de Benitez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
1 - 2 meses	1.00	3.03	-	-	1.00	
3 - 6 meses	1.00	3.03	-	-	2.00	
Hasta que deje la inyección.	-	-	1.00	5.00	6.00	23.07
Otros	-	-	-	-	4.00	15.38
No sabe	31.00		19.00	95.00	13.00	50.02
Total	33.00	100.00	20.00	100.00	26.00	100.00

Fuente: Misma del cuadro anterior.

Nota: En Coyuca de Benitez hubo 7 preguntas no aplicables, 4 en Atoyac de Alvarez y 12 en Tecpan de Galeana, Gro. Dentro de otras respuestas en Tecpan de Galeana se encontro, hasta que se normaliza su menstruación (1), hasta que se le pase el efecto de la inyección (2), hasta utilizar un complemento vitamínico (1).

Se aumentó una centésima para redondear al 100%

Cuadro No. 33
Sintomas que conocen las mujeres entrevistadas, sobre el método anticonceptivo inyectable
Cyclifem de los Municipios de Coyuca de Benítez, Atoyac de Álvarez y
Tecpan de Galeana, Gro.
Julio - Agosto 1996

Síntomas que conocen	Coyuca de Benítez		Atoyac de Álvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Irregularidades menstruales	2.00	4.00	-	-	6.00	15.78
Mareos, náuseas, vómito	-	-	3.00	12.50	3.00	7.89
Cefalea	4.00	8.00	2.00	8.30	9.00	23.68
Mareos	-	-	-	-	4.00	10.52
Náuseas	-	-	-	-	4.00	10.52
Somnolencia	-	-	-	-	3.00	7.89
Nerviosismo	-	-	-	-	4.00	10.52
Ninguno	20.00	40.00	3.00	12.50	5.00	13.15
No Sabe	14.00	35.00	16.00	66.66	16.00	42.10

Fuente: Misma del cuadro anterior.

Cuadro No. 34
Opinión de las mujeres entrevistadas con relación al tipo de mujeres a las que se les
recomienda el método anticonceptivo inyectable Cyclofem de los municipios de
Coyuca de Benitez, Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio - Agosto 1996

Mujeres a las que se les recomienda Cyclofem	Coyuca de Benitez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Mujeres con vida sexual activa	-	-	13.00		4.00	
Mujeres que opinan que no les prueba la pastilla	3.00	7.50	1.00		1.00	
La Auxiliara de salud decide	2.00	5.00	1.00		2.00	5.26
Mujeres que quieren planificar	3.00	7.50	1.00		3.00	7.89
Mujeres que no se encuentran enfermas	1.00	2.50	1.00	4.16	3.00	7.89
Multiparas	1.00	2.50	1.00	4.16	6.00	
Mujeres entre 18 y 35 años	1.00	2.50	1.00		4.00	
a las que les viene	2.00	5.00	-	-	1.00	2.63
A nadie	-	-	-	-	3.00	7.89
No Sabe	27.00	67.50	5.00		6.00	
Otros	-	-	-	-	5.00	
Total	40.00	100.00	24.00	100.00	38.00	99.99

Fuente: Misma del cuadro anterior.

Se aumentó una centésima para redondear al 100%

Nota: En otras respuestas se encontro que: a mujeres embarazadas y menores de 35 años (2), a ninguna (2), a mujeres solteras que tengan hijos (1).

Cuadro No. 35- A
Razón por la cual las mujeres entrevistadas desean continuar con el método anticonceptivo
Inyectable Cyclofem de los Municipios de Coyuca de Benitez,
Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio - Agosto 1996

Razón	Coyuca de Benitez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Se aplica cada mes	2.00	1.1	7.00	38.88	2.00	6.25
Para seguir planificando	16.00	37.5	6.00	31.4	-	-
No presenta molestias	5.00	17.85	2.00	10.5	13.00	40.62
No desea Salpingoclasia	2.00	7.2	-	-	11.00	34.37
Es seguro	-	-	2.00	10.5	1.00	3.1
Otro	3.00	10.71	1.00	5.55	5.00	15.6
Total	28.00	100.00	18.00	100.00	32.00	100.00

Fuente: Misma del cuadro anterior.

Nota: Entre otras razones contestaron en Coyuca de Benitez que se normaliza su menstruación (1), siente mas molestias con pastillas (1), si se presenta su "regla" continua con el inyectable (1); en Atoyac de Alvarez, no quiere tomar pastillas diariamente (1); en Tecpan de Galeana respondieron que se encuentran mejor (2), quiere esperar para que se regule su regla (1), no tiene mucha confianza en las pastillas (1), y sabe que estos sintomas pueden desaparecer (1).

Se aumentó una centésima para redondear al 100%

Cuadro No. 35- B
Razón por la que no desean las mujeres entrevistadas continuar con el método
anticonceptivo Inyectable Cyclofem de los municipios de Coyuca de Benitez,
Atoyac de Alvarez y Tecpan de Galeana, Gro.
Julio - Agosto 1996

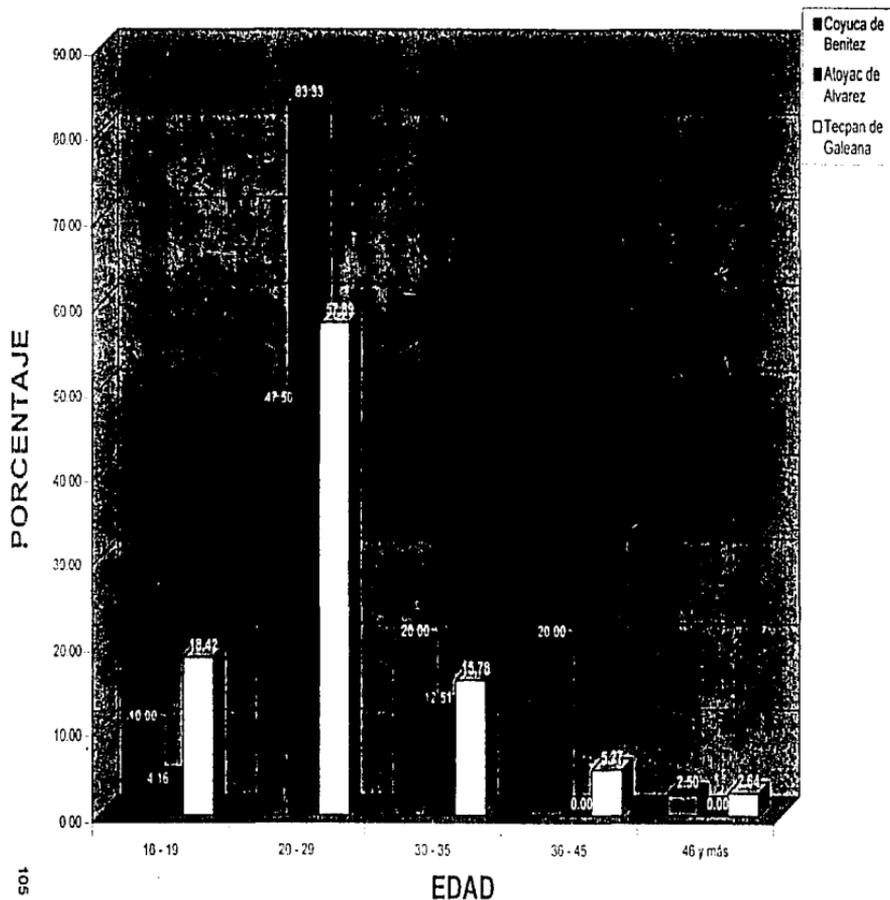
Razón	Coyuca de Benitez		Atoyac de Alvarez		Tecpan de Galeana	
	No.	%	No.	%	No.	%
Por las reacciones secundarias que causa	10.00	83.33	3.00	50.00	3.00	50.00
Otras	2.00	16.6	3.00	50.00	3.00	50.00
Total	12.00	100.00	6.00	100.00	6.00	100.00

Fuente: Misma del cuadro anterior.

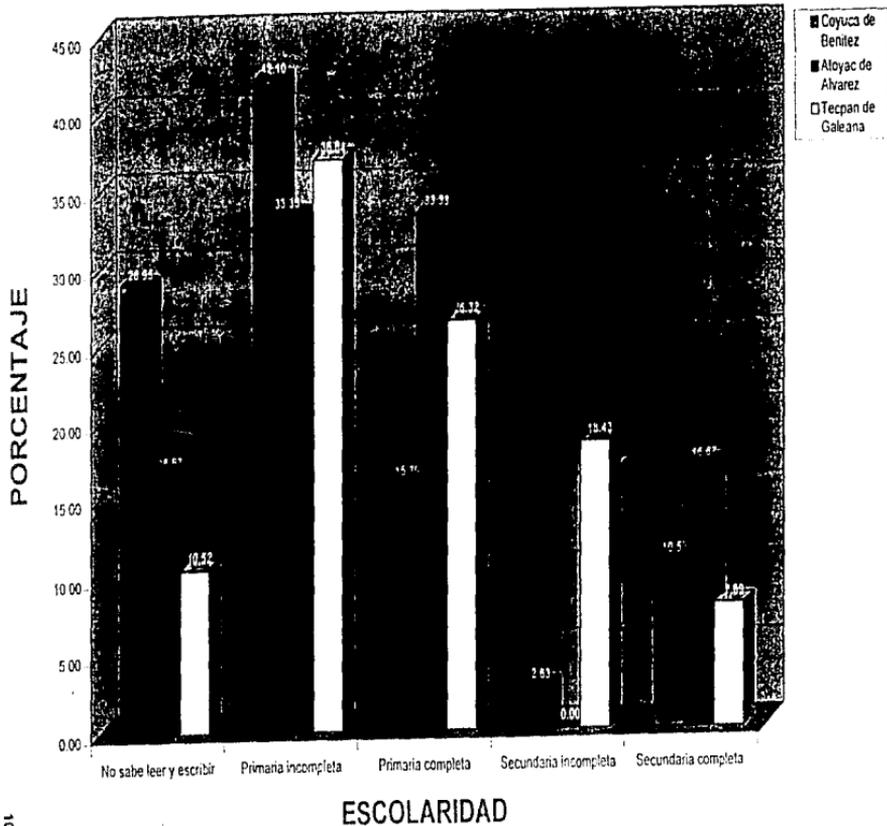
Nota: Entre otras razones contestaron en Coyuca de Benitez que prefiere la bimensual por el costo de jeringas (1), quiere la OTB pero le da miedo (1); en Atoyac de Alvarez no sabe si continuar con el metodo (2), su esposo le dijo que "no se cuidara" (1); y en Tecpan de Galeana le gustaria utilizar el DIU despues de su embarazo (1), dese cambiar de metodo (1), no desea continuar con el metodo pero no responde por que (1).

Se aumentó una centésima para redondear al 100%

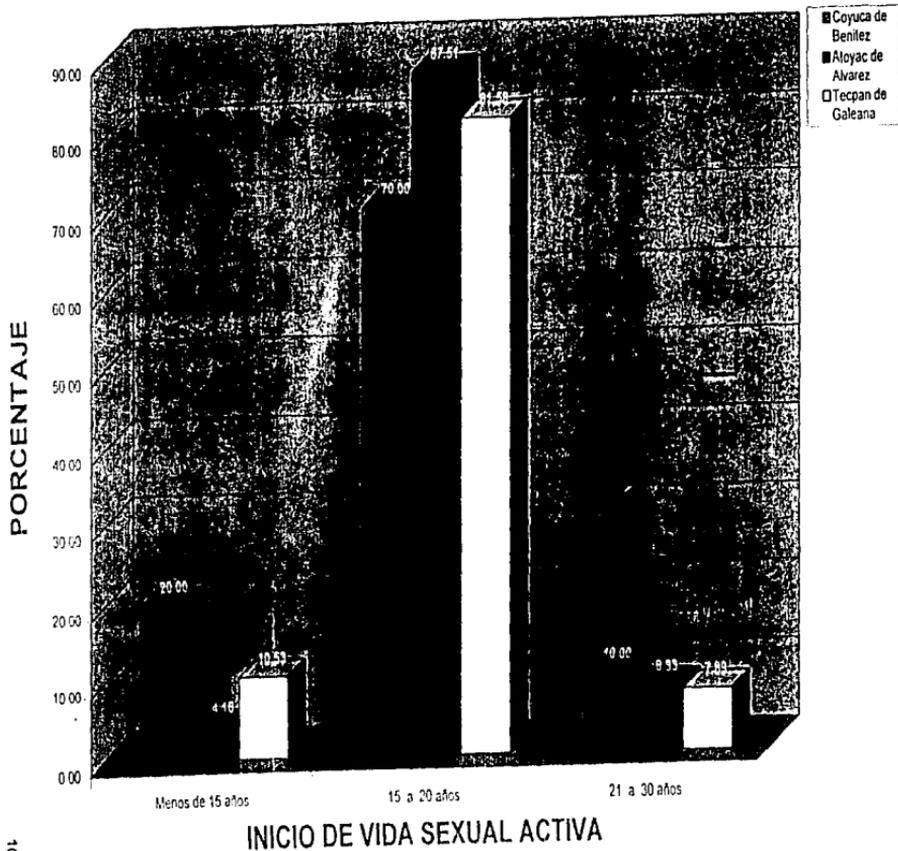
GRAFICA 1 (CUADRO 1)



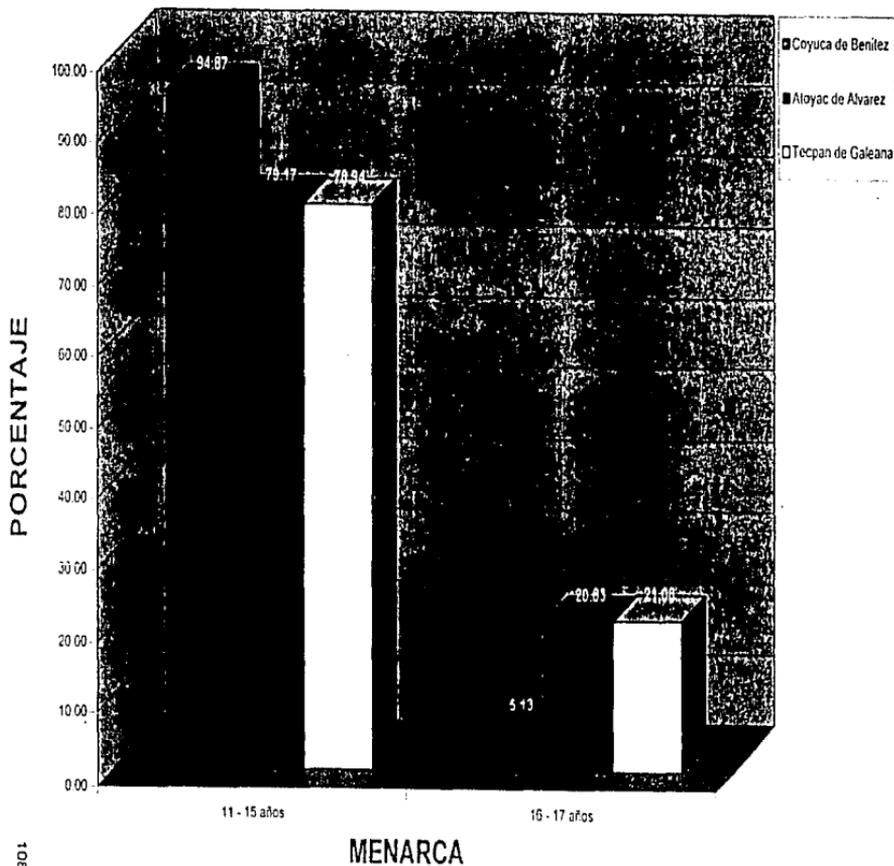
GRAFICA 2 (CUADRO 3)



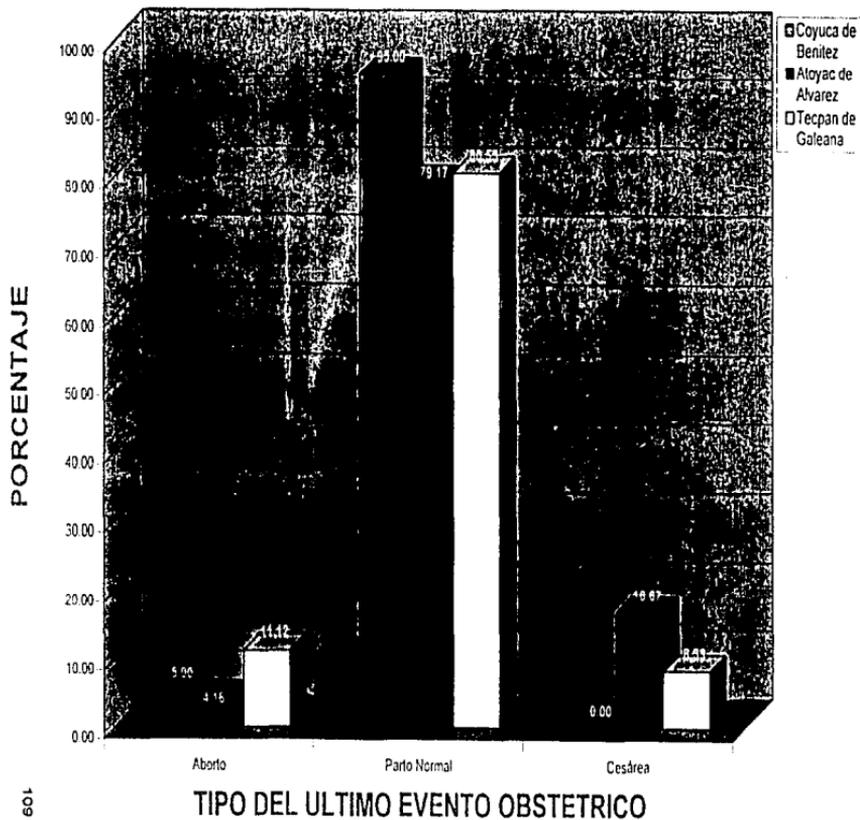
GRAFICA 3 (CUADRO 11)



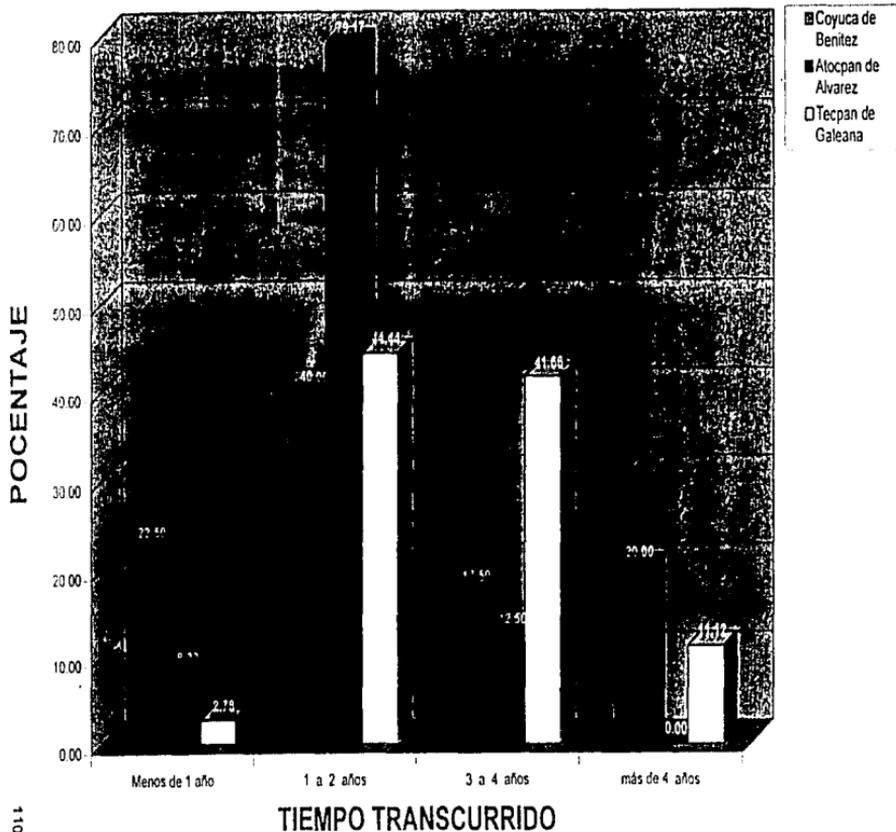
GRAFICA 4 (CUADRO 12)



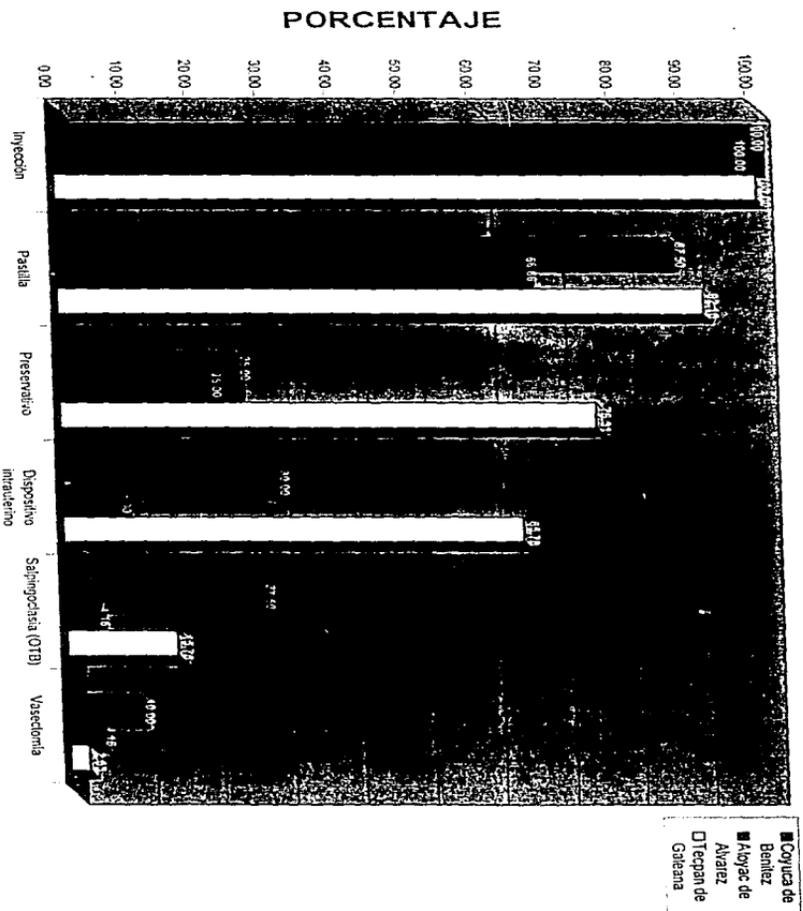
GRAFICA 5 (CUADRO 16)



GRAFICA 6 (CUADRO 17)

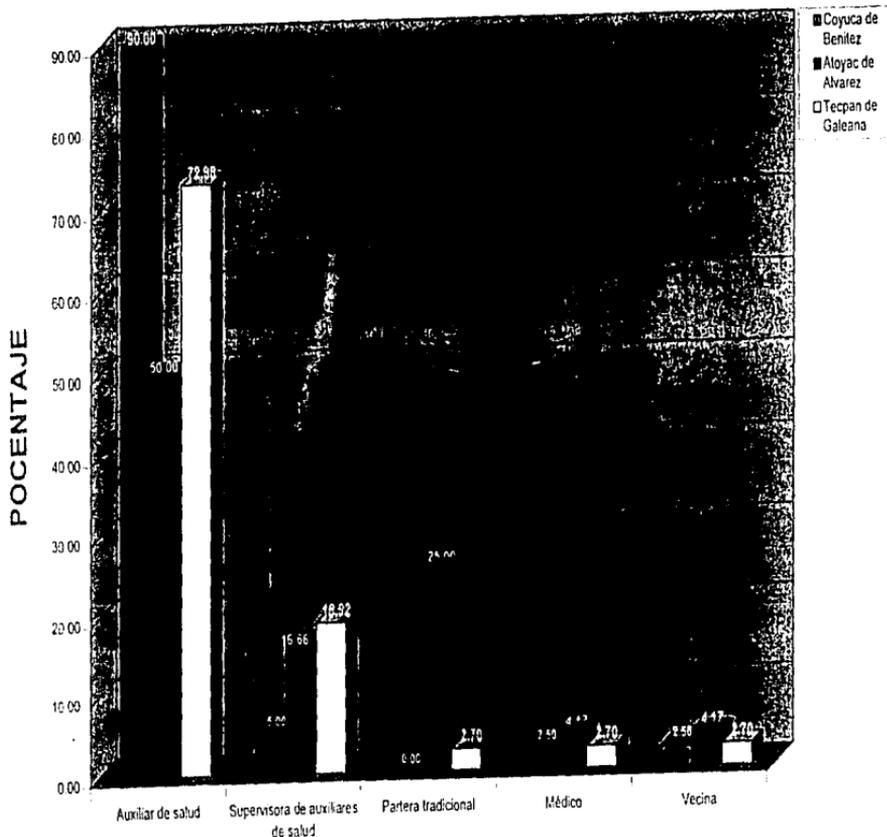


GRAFICA 7 (CUADRO 19)

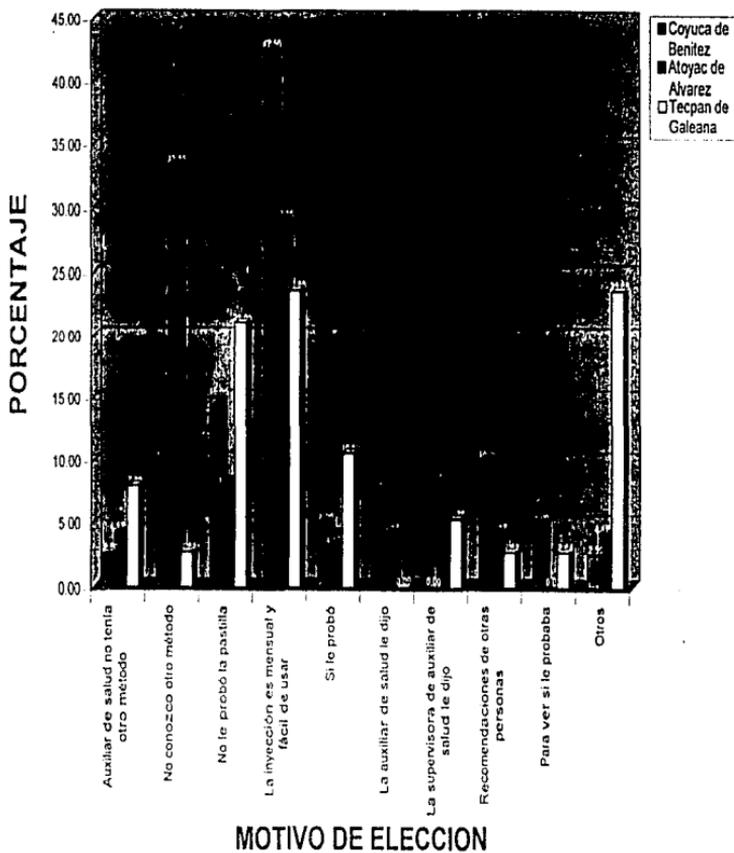


CONOCIMIENTO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

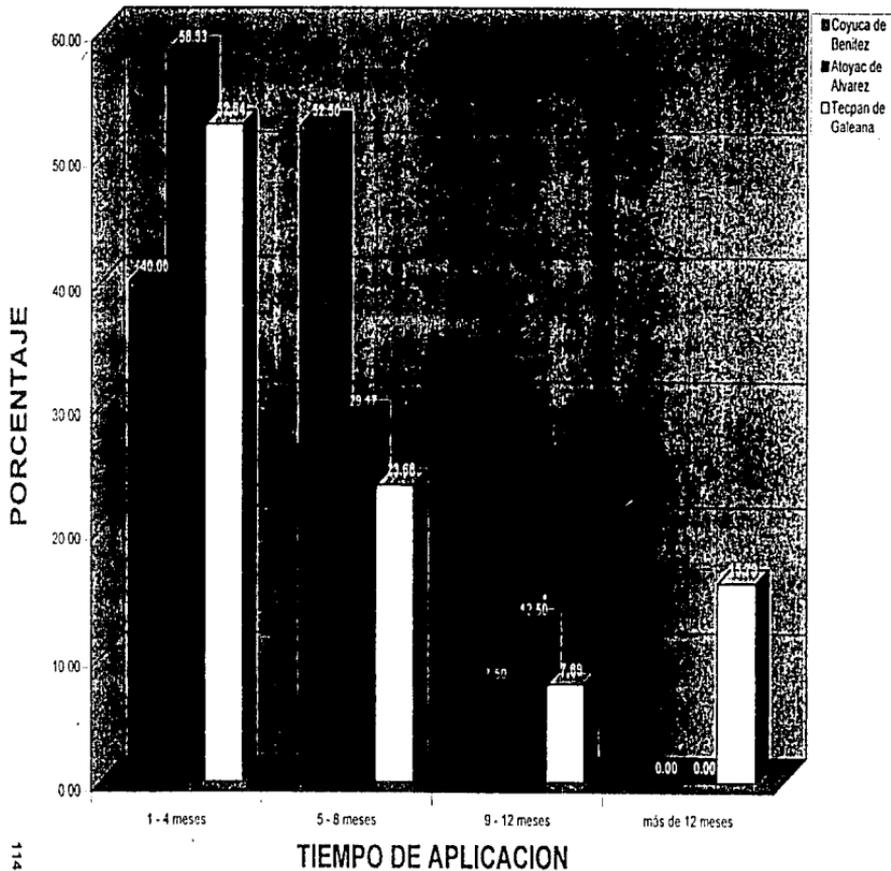
GRAFICA 8 (CUADRO 20)



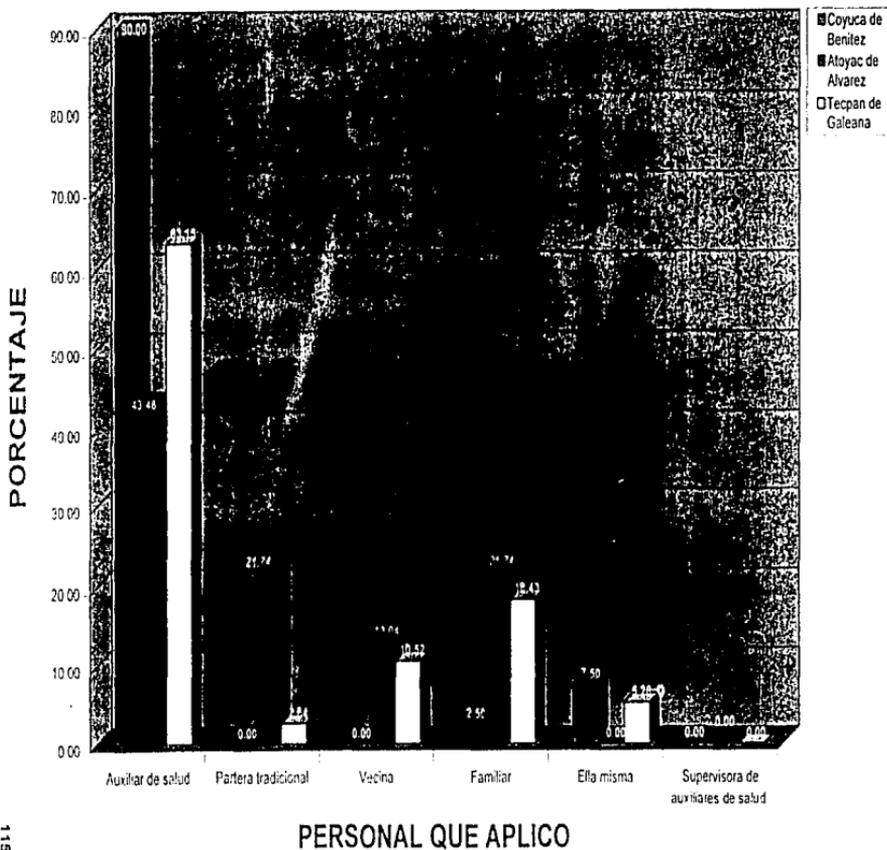
GRAFICA 9 (CUADRO 21)



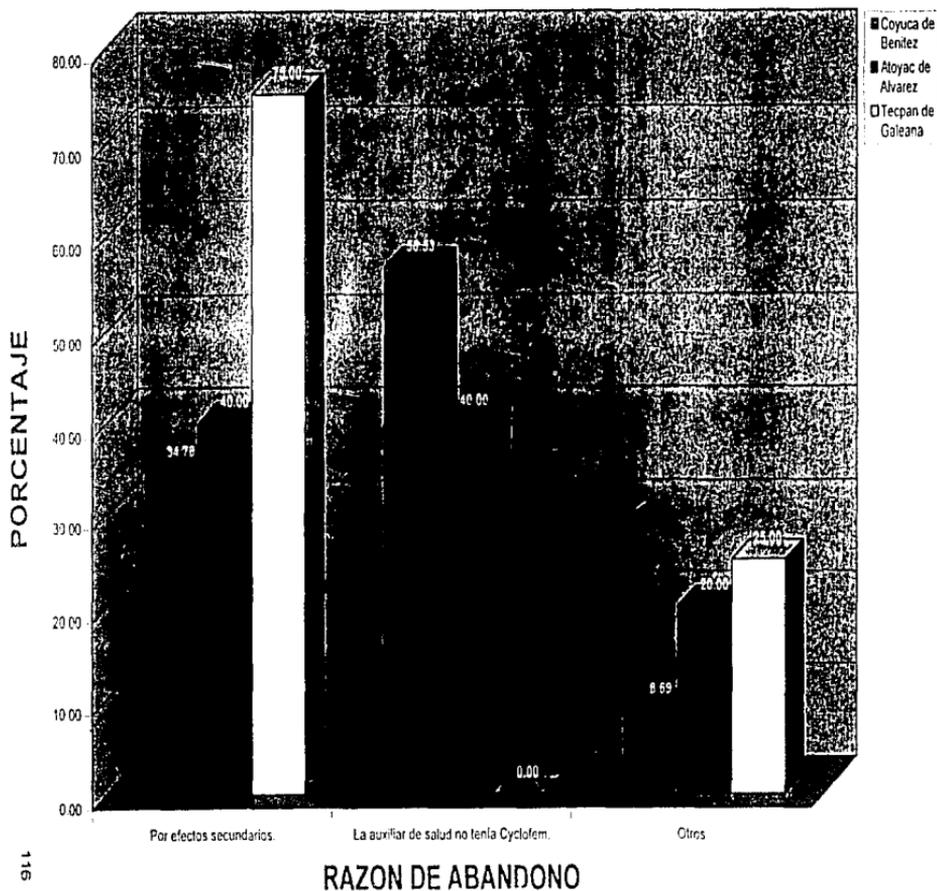
GRAFICA 10 (CUADRO 22)



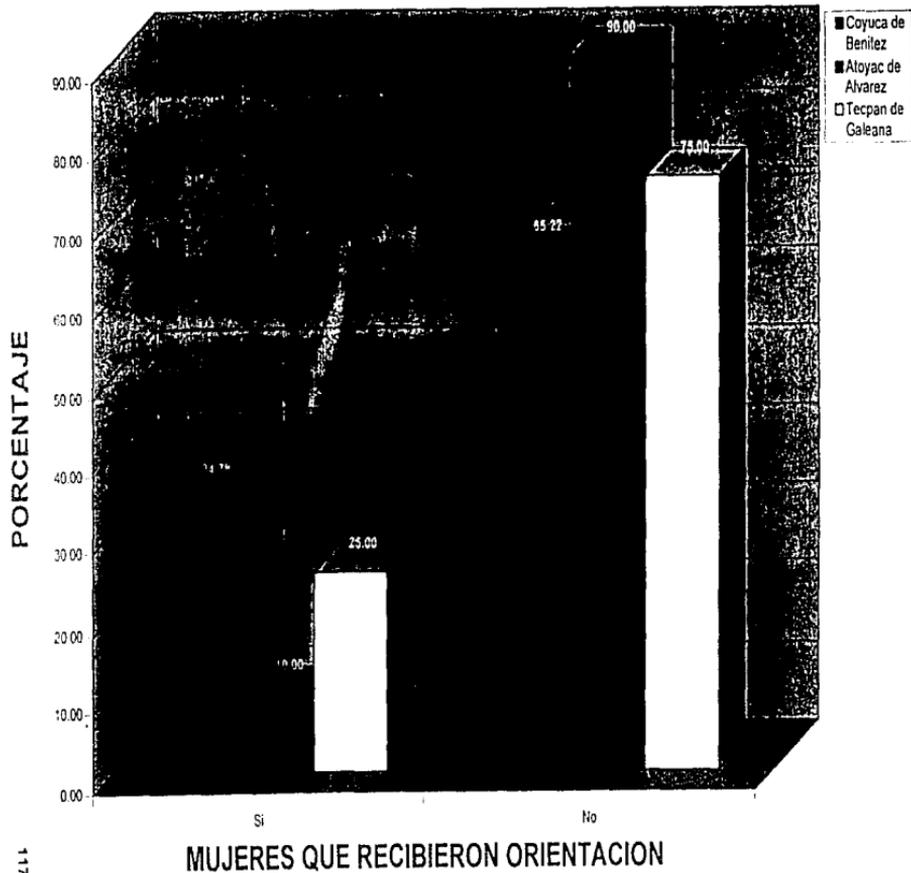
GRAFICA 11 (CUADRO 23)



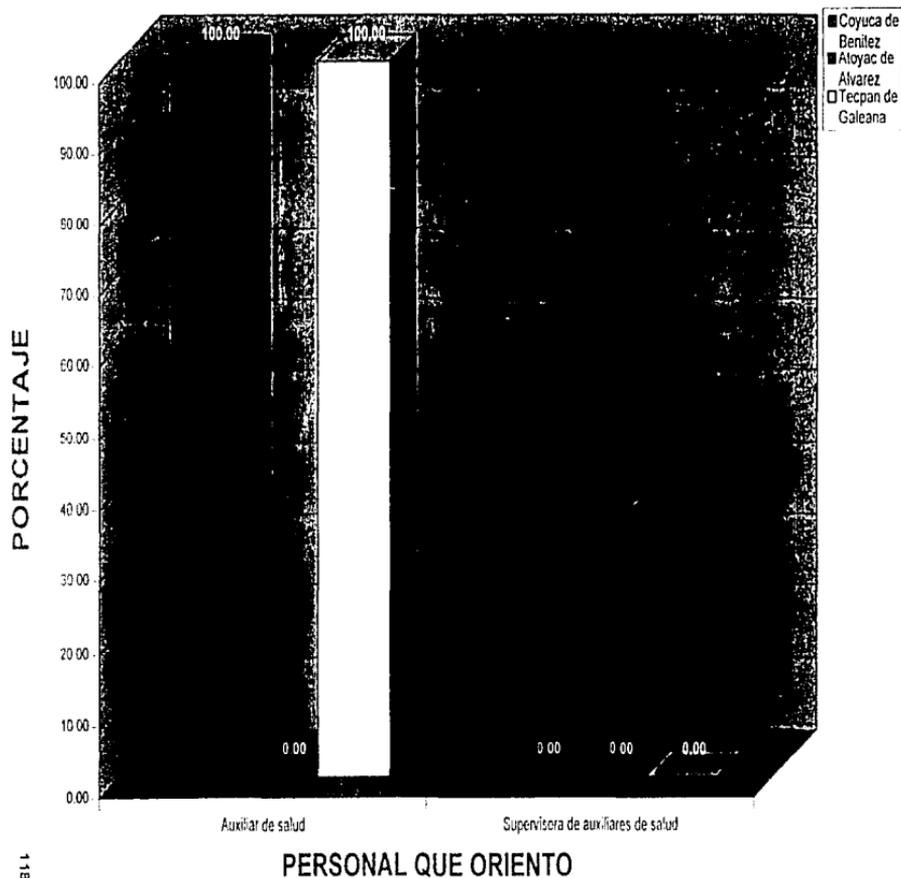
GRAFICA 12 (CUADRO 24)



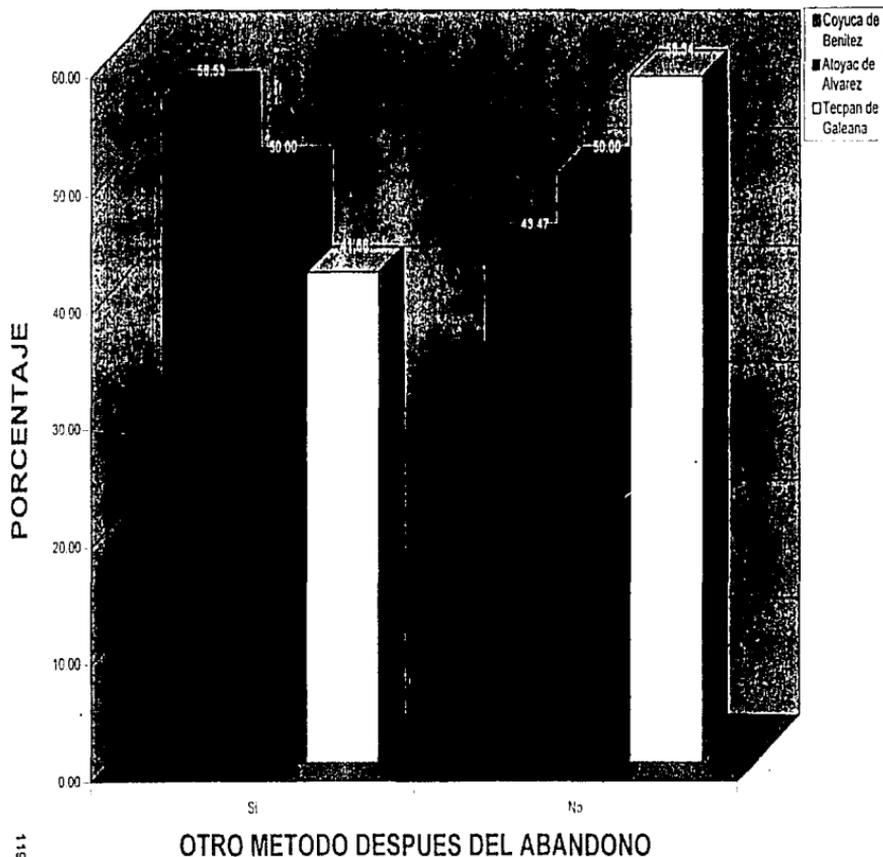
GRAFICA 13 (CUADRO 25)



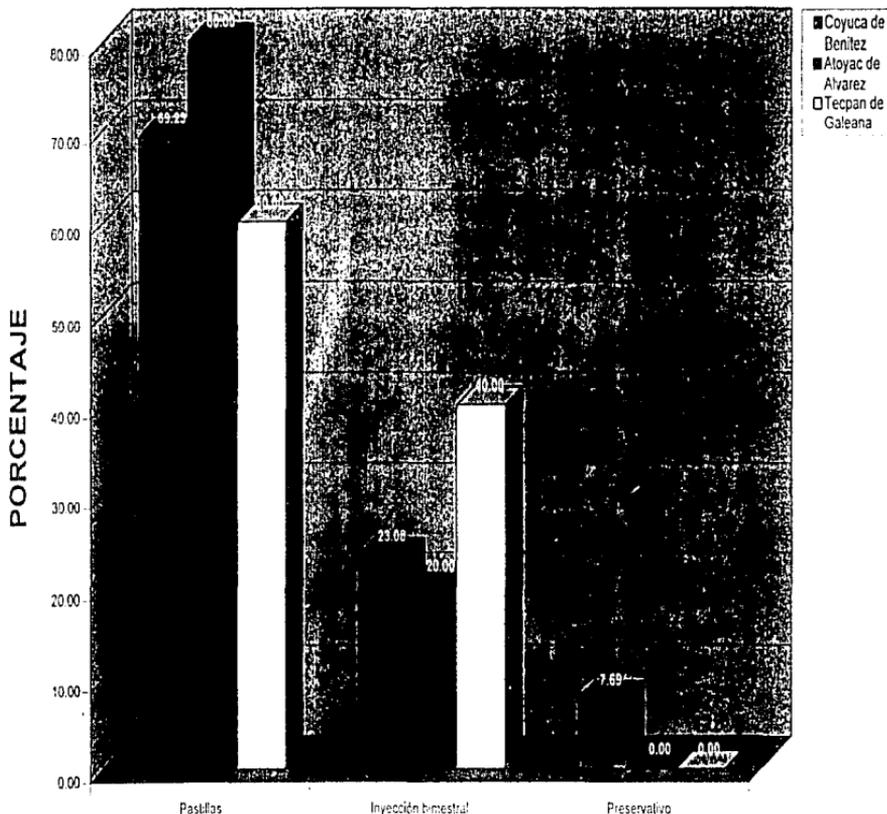
GRAFICA 14 (CUADRO 26)



GRAFICA 15 (CUADRO 27)

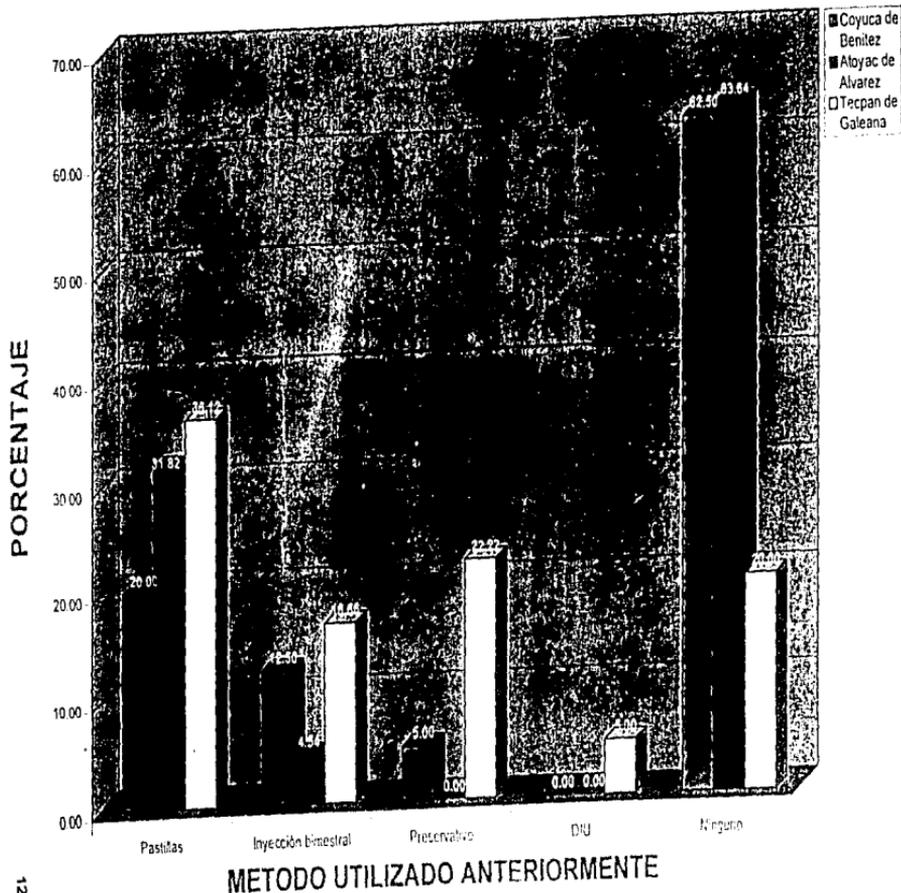


GRAFICA 16 (CUADRO28)

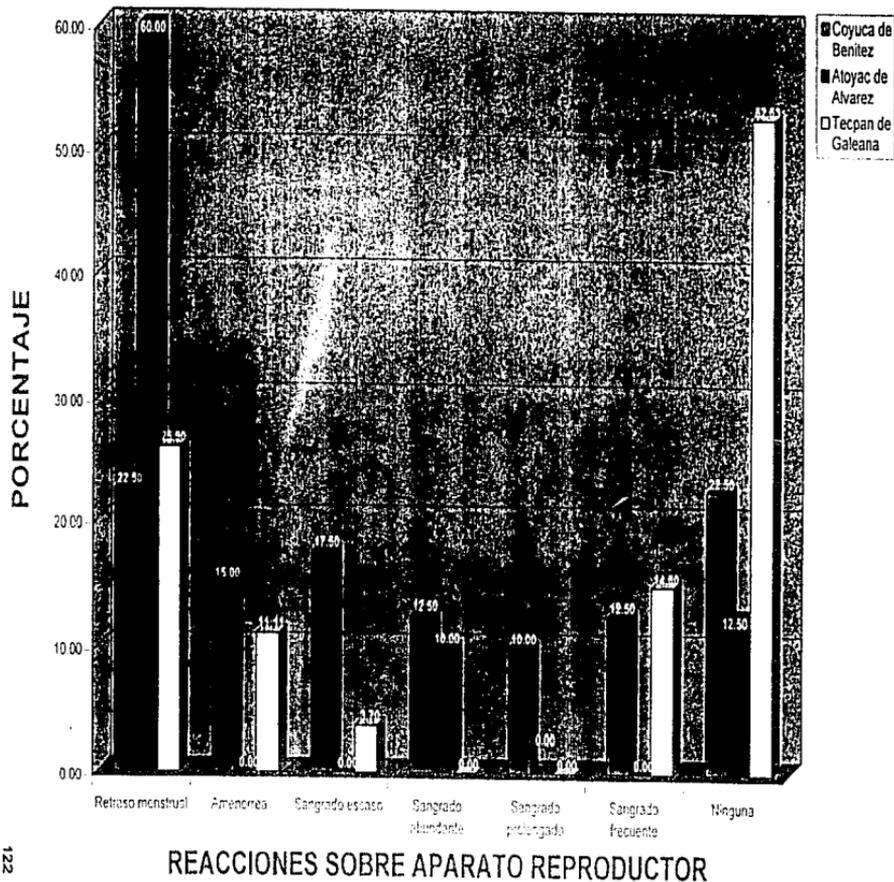


METODO ELEGIBLE DESPUES DEL ABONDONO

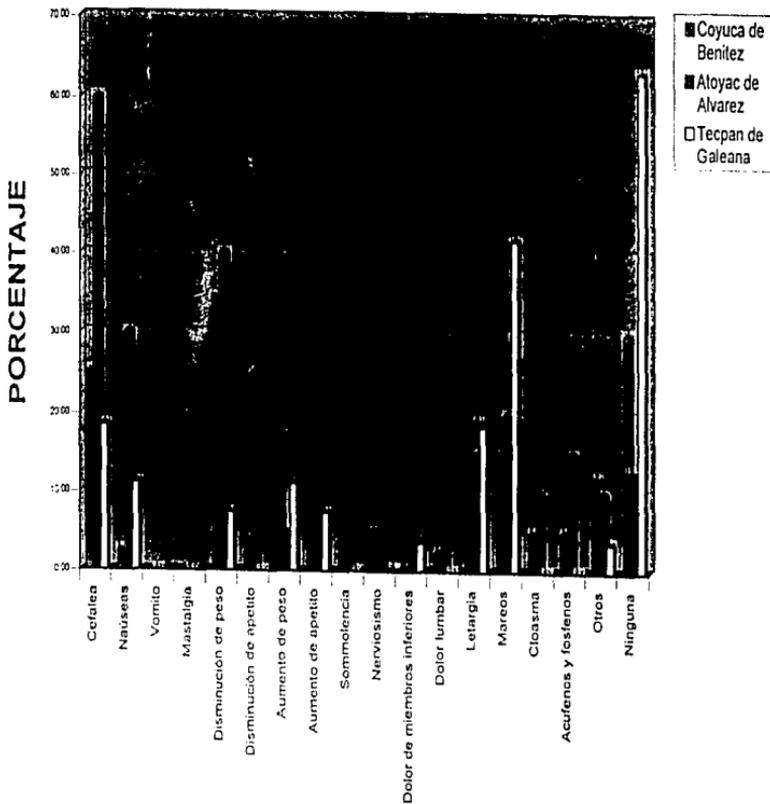
GRAFICA 17 (CUADRO 29)



GRAFICA 18 (CUADRO 30A)

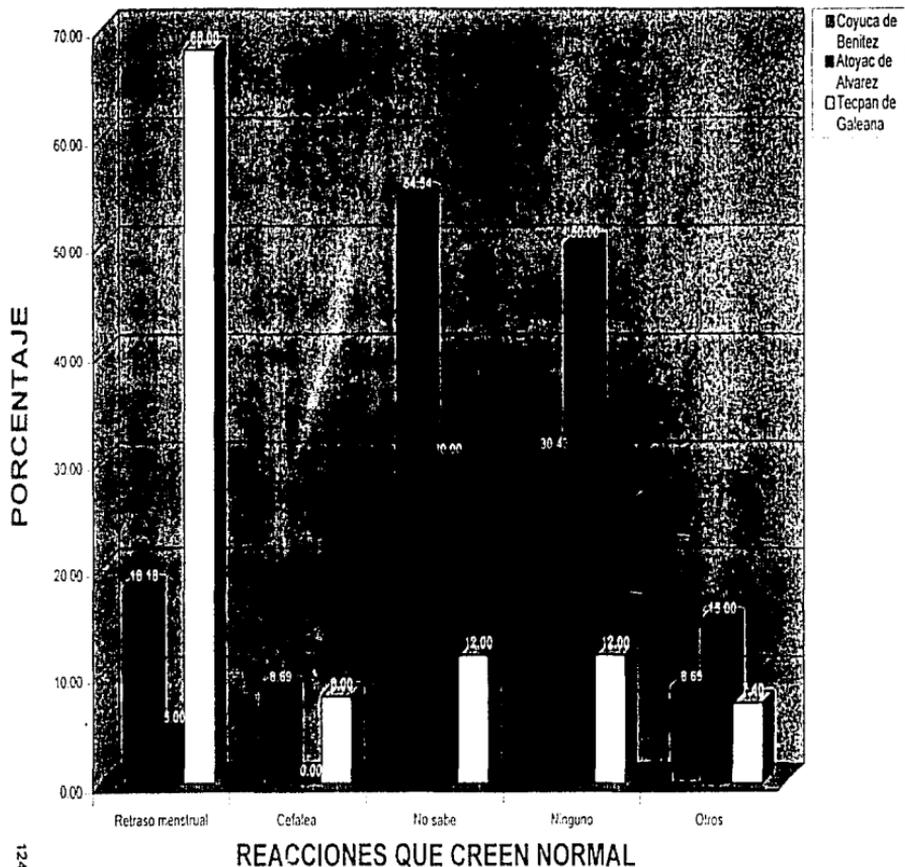


GRAFICA 19 (CUADRO 30B)

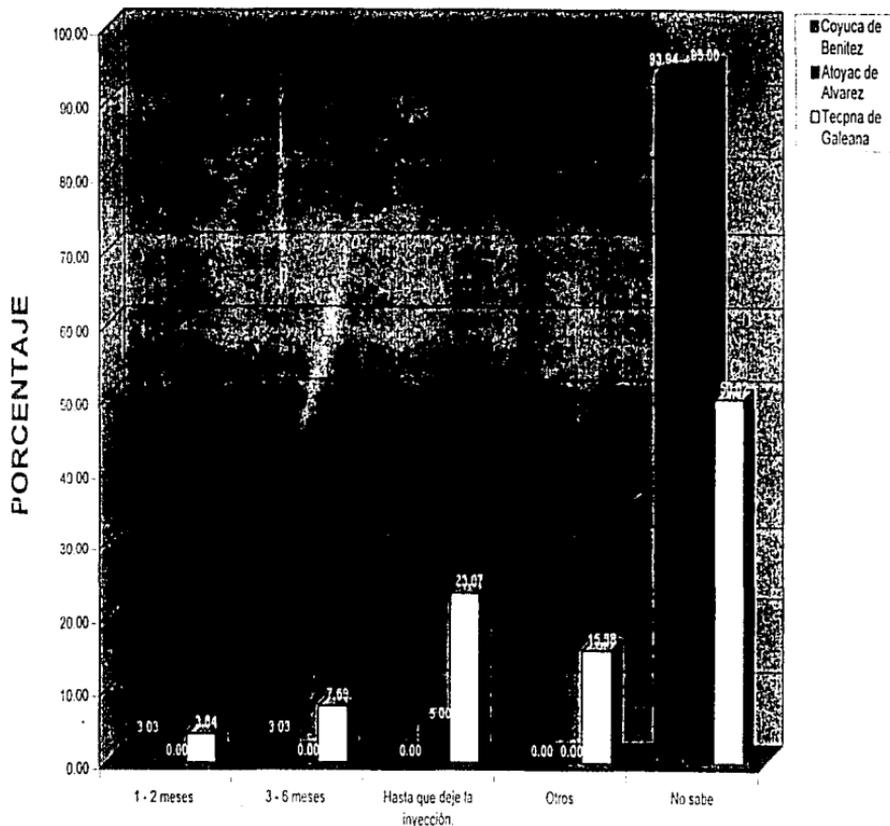


REACCIONES SOBRE
APARATOS Y SISTEMAS

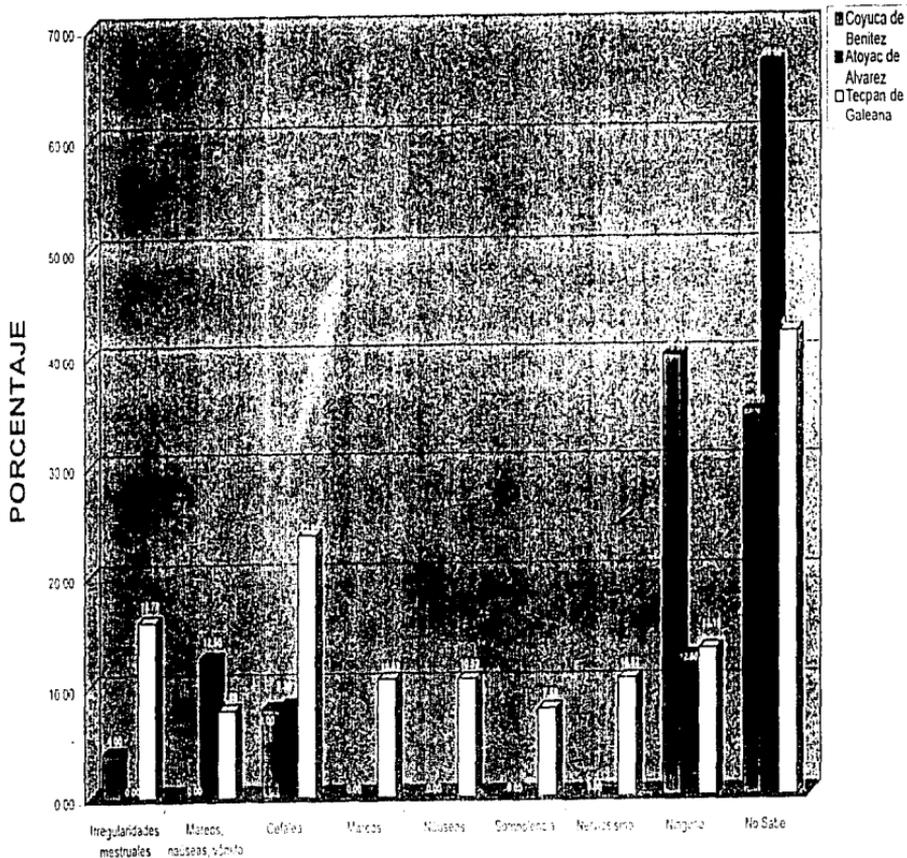
GRAFICA 20 (CUADRO 31)



GRAFICA 21 (CUADRO 32)

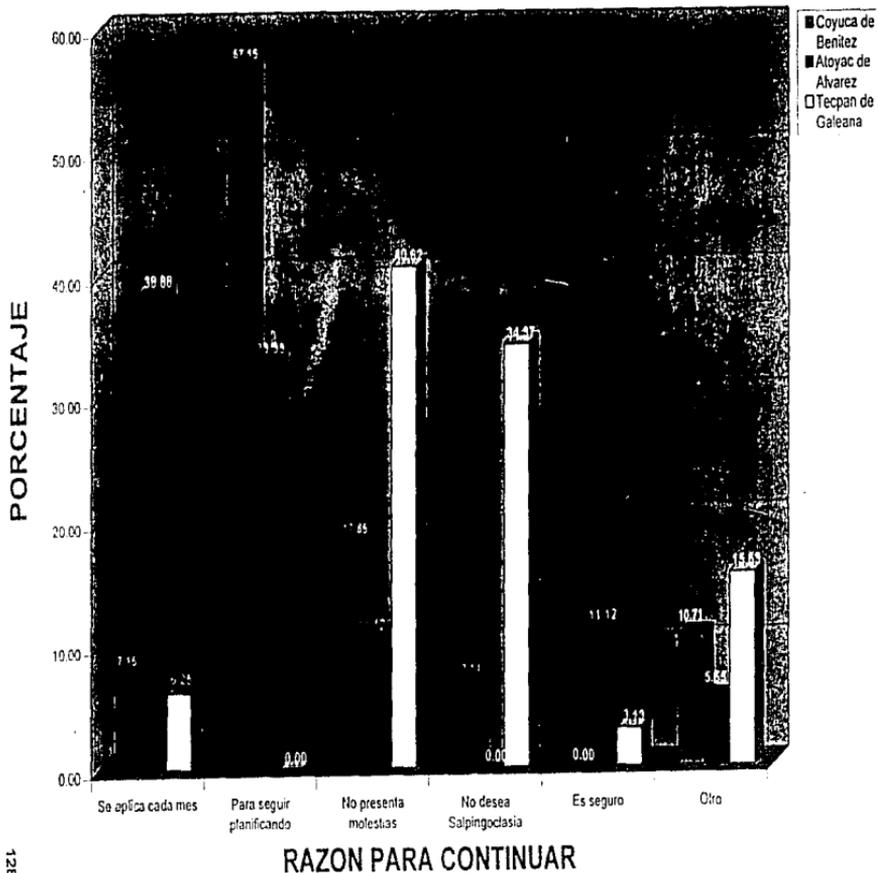


GRAFICA 22 (CUADRO 33)

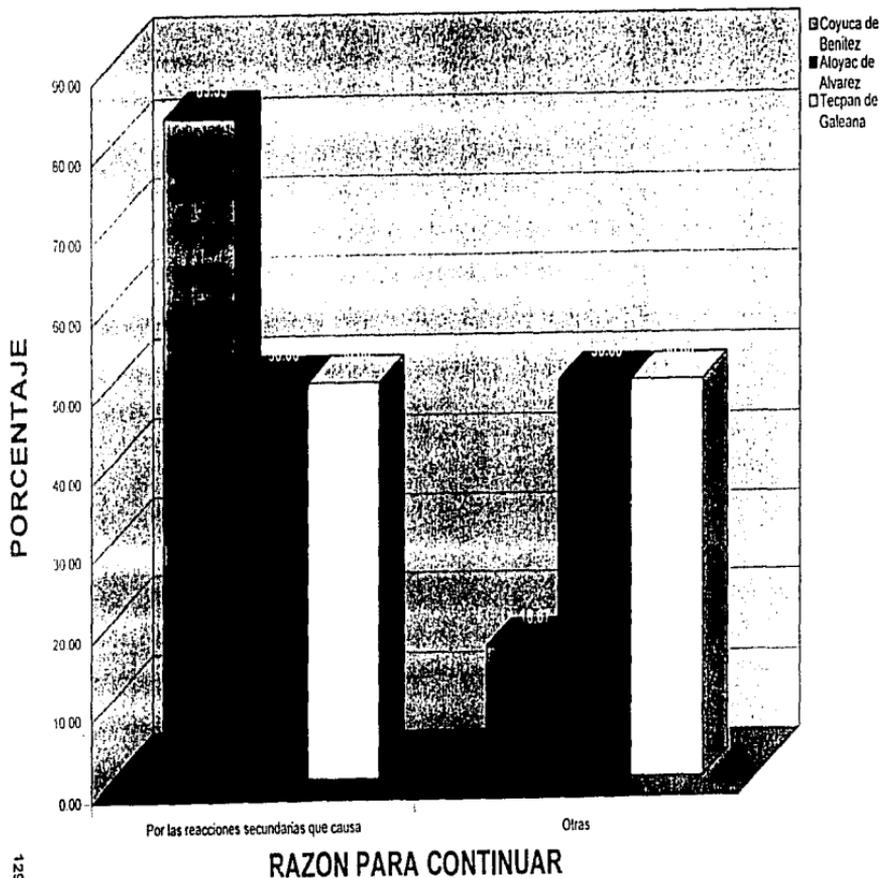


SINTOMAS QUE CONOCEN SOBRE EL METODO

GRAFICA 24 (CUADRO 35A)



GRAFICA 25 (CUADRO 35B)



Glosario de Términos

Amenorrea: Ausencia de la menstruación por más de 90 días.

Andrógenos: Que posee actividades masculinizantes, hormona sexual masculina.

Basófilo: Leucocito con núcleo bilobulado y protoplasma con gránulos que se tiñen con los colorantes básicos.

Biodisponibilidad: Grado en que una droga u otra sustancia queda disponible para el tejido blanco, después de su administración.

Biotransformación: Serie de alteraciones químicas de un compuesto que ocurren en el interior del cuerpo por actividad enzimática.

Dermatofitos: Hongo parásito de la piel.

Estroma: Tejido que sirve para el sostenimiento entre sus mallas de los elementos celulares.

Estrógenos: Es un grupo de hormonas sexuales femeninas relacionadas químicamente por los ovarios. A nivel de útero promueve el desarrollo del miometrio y del endometrio, que entra en fase de proliferación.

Fascículos: Haz o grupo regular de fibras musculares o nerviosas.

Letargia: Estado patológico de sueño profundo y prolongado.

Oxiuriasis: Infestación con los oxiuro; enterobiasis.