



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**FACTORES QUE DETERMINAN QUE LOS
USUARIOS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
ABANDONEN EL PROGRAMA DE
PLANIFICACION FAMILIAR**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A N

**HERNANDEZ MONDRAGON VICTOR HUGO
SANDOVAL ESCAMILLA MARIA DE LOS
ANGELES**

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

**COORDINACION DE SERVICIO
SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES
DE TITULACION**

MEXICO, 1998



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

FACTORES QUE DETERMINAN QUE LOS
USUARIOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
ABANDONEN EL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR.

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N

HERNÁNDEZ MONDRAGÓN VÍCTOR HUGO
SANDOVAL ESCAMILLA MARÍA DE LOS ANGELES

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que de
una u otra forma hicieron
posible que hoy alcanzáramos
esta meta

Al Licenciado Ezequiel Canela Nuñez
quien desinteresada y pacientemente
compartió con nosotros de su tiempo
y conocimientos para la elaboración
de este trabajo.

DEDICATORIAS.

A nuestro padres

VICENTE Y GEORGINA

CLEMENTE Y ANGELES

Por su amor, disciplina, paciencia
y gran apoyo, sin lo cual nos hubiera
sido difícil lograrlo

Por ser nuestra mayor motivación A nuestra pequeña bebé.

Sarai Naomi

ÍNDICE.

Pags

Introducción.	i
Justificación	iv
Planteamiento del problema	v
Objetivos	vi
Metodología	vii
1 Marco Teórico	1
1.1 Generalidades de planificación familiar	1
1.2 La Estrategia de Extensión de Cobertura	3
1.2.1 Capacitación en la Estrategia de Extensión de Cobertura	5
1.2.2 Supervisión en la Estrategia de Extensión de Cobertura	6
1.2.3 El Técnico en atención primaria a la salud en la Estrategia de Extensión de Cobertura	7
1.3 Aspectos normativos de la Planificación Familiar	8
1.3.1. Artículo 4º Constitucional	9
1.3.2. Ley General de Salud	9
1.3.3 Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar	9
1.3.3.1 Descripción, selección, prescripción y aplicación de los métodos según la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar.	10
1.3.4 Ley General de Población	18
1.3.5 Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000	19

1 4	Retos y perspectivas de la Estrategia de Extension de Cobertura en el Estado de Hidalgo	19
1 5	Calidad en los servicios de planificacion familiar	21
1 6	Factores socioculturales y planificacion familiar	26
1 7	Factores de tipo medico y planificación familiar	31
2	Resultados	35
2 1	Análisis de cuadros	35
2 1 1	Factores de los prestadores de servicios	35
2 1 2	Factores de las personas dadas de baja del programa de planificación familiar	42
2 2	Cuadros	56
3	Conclusiones	87
3 1	De los prestadores de servicios	88
3 2	De las personas dadas de baja del programa de planificación familiar.	90
4	Alternativas de solucion	95
	Anexos	97
	Bibliografia	104

ÍNDICE DE CUADROS.

No	TITULO	Pág
1	Sobre la competencia técnica de las supervisoras de auxiliares de salud	56
2	Sobre la competencia técnica de las auxiliares de salud	57
3	Sobre la competencia técnica de los técnicos en atención primaria a la salud	58
4	Sobre la calidad de información que las supervisoras de auxiliares de salud brindan a los usuarios de métodos anticonceptivos	59
5	Sobre la calidad de información que las auxiliares de salud brindan a los usuarios de métodos anticonceptivos	60
6	Sobre la calidad de información que brindan los técnicos en atención primaria a la salud a los usuarios de métodos anticonceptivos	61
7	Sobre la promoción de métodos anticonceptivos que realiza el personal operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura que labora en los módulos I y II del Municipio de Acaxochitlan, Hgo	62
8	Sobre la disponibilidad de métodos anticonceptivos que tienen las supervisoras de auxiliares de salud	63
9	Sobre la disponibilidad de metodos anticonceptivos que tienen las auxiliares de salud.	64
10	Sobre la disponibilidad de métodos anticonceptivos que tienen los técnicos en atención primaria a la salud	65
11	Sobre el abastecimiento de métodos anticonceptivos que tienen las supervisoras de auxiliares de salud	66
12	Edad y sexo de las personas dadas de baja del programa de planificación familiar	67
13	Estado civil y sexo de las personas dadas de baja del programa de planificación familiar	68

14	Escolaridad y sexo de las personas dadas de baja del programa de planificación familiar	69
15	Religión que practican las personas dadas de baja del programa de planificación familiar	70
16	Opinión que la religión tiene sobre el uso de métodos anticonceptivos, según las personas dadas de baja del programa de planificación familiar	71
17	Métodos que permite usar la religión según las personas dadas de baja del programa de planificación familiar	72
18	Personas dadas de baja que conocen el concepto de planificación familiar	73
19	Fuente de la que obtuvieron información sobre el concepto de planificación familiar las personas dadas de baja del programa	74
20	Número de métodos anticonceptivos que conocen las personas dadas de baja del programa de planificación familiar	75
21	Último método anticonceptivo que usaron las personas dadas de baja del programa de planificación familiar	76
22	Personas dadas de baja que conocen la forma de uso del último método anticonceptivo que utilizaron	77
23	Personas dadas de baja que conocen los efectos adversos del último método anticonceptivo que utilizaron	78
24	Nivel de información de las personas dadas de baja del programa de planificación familiar.	79
25	Motivos por los que las personas dadas de baja del programa de planificación familiar dejaron de usar el método anticonceptivo	80
26	Número de personas dadas de baja del programa de planificación familiar a las que su cónyuge les permitió usar el método anticonceptivo	81
27	Ideas erróneas que tienen las personas dadas de baja del programa de planificación familiar sobre los métodos anticonceptivos	82

28	Accesibilidad que tienen las personas dadas de baja del programa de planificación familiar a los servicios de salud	83
29	Nive. socioeconómico de las personas dadas de baja del programa de planificación familiar	84
30	Numero de hijos y edad de las personas dadas de baja del programa de planificación familiar	85
31	Personas dadas de baja del programa de planificación familiar que llevaron seguimiento de parte del personal de la Estrategia de Extension de Cobertura	86

INTRODUCCIÓN.

La presente investigación surge al observar que, en las comunidades de los módulos I y II pertenecientes al Municipio de Acaxochitlan, Estado de Hidalgo, existía un alto índice de deserción del Programa de Planificación Familiar (P P F .) originando que, a pesar de aumentar el número de usuarios nuevos, la cantidad de usuarios activos no se incrementaba.

Por lo tanto los objetivos planteados fueron analizar que factores del personal de la Estrategia de Extensión de Cobertura (E E C) y de los usuarios determinaron que, estos últimos, se dieran de baja en forma temporal y definitiva del P.P.F. así como proponer alternativas que ayuden a solucionar dicha problemática

Para tales fines se integro un marco teórico que contiene información referente a la planificación familiar y a los diferentes factores que se consideró pudieran tener una posible relación en el origen del problema observado

Los factores que del personal de la E E C se tomaron en cuenta fueron competencia técnica, calidad de información que brindan, promoción que realizan, abastecimiento y disponibilidad de métodos anticonceptivos De las personas dadas de baja del P.P.F se consideraron: edad, sexo, estado civil, escolaridad, religión, aceptación del cónyuge, nivel de información, nivel socioeconómico, número de hijos, accesibilidad a los servicios de salud, ideas erróneas sobre la planificación familiar y si recibieron seguimiento.

Después de haber aplicado los instrumentos de recolección de datos, que fueron con el personal de la E E C., una guía de observación, y con las personas dadas de baja un cuestionario, la información se procesó por medio de paloteo simple, en los casos necesarios, primero se codificaron las respuestas de acuerdo a las categorías propuestas en la clasificación de las variables.

Posteriormente los resultados obtenidos fueron registrados en cuadros de concentración

De esta manera se concluyó que entre los factores del personal de la E.E.C. que determinaron que las personas abandonaran el uso del método anticonceptivo se encuentran la insuficiente competencia técnica de la mitad del personal, la mala calidad

de información que otorgan con respecto al uso correcto y a los efectos adversos que provocan los métodos anticonceptivos, el no realizar interrogatorio y examen físico adecuados para descartar la existencia de situaciones que contraindiquen su uso, no cerciorarse que los informados hayan entendido claramente y el no otorgar oportunamente el método anticonceptivo a los usuarios

Entre los factores de las personas que influyeron en su decisión de darse de baja del P P F, se encuentran el bajo nivel de información que poseen sobre la variedad de métodos anticonceptivos existentes, el desconocer la forma correcta de usar el anticonceptivo y los efectos adversos que le podía causar, el bajo nivel académico, el que su cónyuge ya no aceptara que siguieran usando el método y la existencia de ideas erróneas o temores sobre los anticonceptivos como el creer que originan esterilidad, cáncer y nefropatías, o que el DIU se encarna o pudre la matriz

Además las personas expresaron los motivos por los que dejaron de usar el método anticonceptivo, entre las que destacan embarazo involuntario, alteraciones menstruales persistentes y el cambio de la auxiliar de salud que, en muchas ocasiones, se realiza sin avisar al Delegado o al Comité de Salud, y por ende a la población

En base a lo anterior se propusieron alternativas de solución para ser aplicadas por los niveles central, jurisdiccional y operativo, tales como:

- Que se contrate el personal que cumpla con el perfil estipulado por la Secretaría de Salud
- Aumentar y mejorar la capacitación continua a supervisoras de auxiliares de salud (S A S) y técnicos en atención primaria a la salud (T.A.P.S.) otorgándoles información actualizada sobre metodología anticonceptiva.
- Que las S.A.S realicen una adecuada supervisión del desempeño de las A.S. para verificar que el servicio y la información que brindan sea con la mejor calidad posible
- Realizar campañas para fomentar la participación del hombre en la planificación familiar
- Reforzar la información que se proporciona a los usuarios sobre el uso correcto del método anticonceptivos y los efectos adversos que puede esperar.

Esta investigación es importante debido a que pone de manifiesto cuales son los factores que estan obstaculizando el que la cobertura del P P F se incremente. pero además, propone alternativas de solución que pueden coadyuvar al logro de dicho objetivo

Para la carrera de la Licenciatura en Enfermeria y Obstetricia tambien es importante, ya que quienes egresan de ella tienen la oportunidad de prestar sus servicios en la E.E.C y tendrán la obligación de conocer que factores inciden en el éxito o fracaso de los programas. en este caso el P P F. Ademas como profesionales de enfermeria, en cualquier momento se puede requerir de la información que aquí se presenta. la cual se espera sea de utilidad

JUSTIFICACIÓN.

Al realizar el servicio social en el Municipio de Acaxochitlan, Hgo., se observó que el número de usuarios activos del Programa de Planificación Familiar de las comunidades que maneja la Estrategia de Extensión de Cobertura no aumentaba, esto se debía a que muchas personas desertaban de dicho programa y pasaban a ser usuarios dados de baja.

La presente investigación tiene magnitud debido a que el número de usuarios que desertan del Programa de Planificación Familiar es alto. Tal situación originaba que la cobertura de planificación familiar se viera estancada o incluso disminuida.

De seguir dicha situación los principales problemas que pueden surgir son un aumento en las tasas de natalidad y fecundidad lo cual, aunado al bajo nivel socioeconómico y educativo que suele prevalecer en este tipo de comunidades, aumentaría el riesgo de morbilidad materno-infantil, por esta razón la presente investigación fue trascendente pues permitió conocer los factores que influyen en la deserción de los usuarios de Programa de Planificación familiar.

Así mismo, es vulnerable, pues si el personal de salud de las comunidades en estudio principalmente mejora los servicios que proporciona, brinda un seguimiento adecuado de todos los usuarios y, recibe una capacitación continua, la problemática podría disminuir notablemente.

También fue viable debido a que los recursos económicos que se ocuparon para su elaboración pudieron ser cubiertos por sus realizadores.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿ Cuáles son los factores que determinan que los usuarios de métodos anticonceptivos abandonen el Programa de Planificación Familiar ?

OBJETIVOS

Analizar que factores del personal de la Estrategia de Extensión de Cobertura determinan que los usuarios de métodos anticonceptivos abandonen el Programa de Planificación Familiar

Analizar cuáles son los factores dependientes del usuario que determinan su abandono del Programa de Planificación Familiar.

Proponer alternativas de solución para disminuir las bajas del Programa de Planificación Familiar

METODOLOGÍA.

CLASIFICACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	CATEGORIA	
Factores del personal de la Estrategia de Extensión de Cobertura	Competencia técnica	Suficiente / Insuficiente	
	Promoción de métodos anti-conceptivos	SI / NO	
	Calidad de información	Buena / Mala	
	Disponibilidad de métodos anticonceptivos	SI / NO	
	Abastecimiento de métodos anticonceptivos	SI / NO	
Factores de las personas dadas de baja del programa de planificación familiar	Edad	Años (de 15 a 49 en grupos de 5)	
	Sexo	Femenino / Masculino	
	Estado civil	Soltero	
		Casado	
		Unión libre	
		Viudo	
		Divorciado	
	Escolaridad	Separado	
		Primaria	
		Secundaria	
Preparatoria			
Carrera técnica			
	Carrera superior		
	Alfabeta		
	Analfabeta		

Religión	Católica Iglesia de Dios Ninguna
Aceptación del conyuge	SI - NO
Nivel de información	Suficiente / Insuficiente
Nivel socioeconómico	Alto Medio Bajo
Accesibilidad a los servicios de salud	Ninguna Poca Mucha
Creencias erróneas sobre la planificación familiar	Causan esterilidad Matan a los bebés Causan enfermedad El DIU se encarna Dejan de menstruar El DIU pudre la matriz
Paridad	Número de hijos (en grupos de 3)
<hr/>	
Abandono del programa de planificación familiar	Usuario de baja temporal Inasistencia a consulta después de tres meses de su última cita Usuaria de baja definitiva Inasistencia a consulta después de tres años de su última cita

CLASIFICACIÓN.

Esta investigación es de tipo descriptiva, retrospectiva, longitudinal y no experimental

UNIVERSO DE TRABAJO.

Es el total de personas que abandonaron el programa de planificación familiar en el periodo comprendido de enero de 1993 a mayo de 1996, de las comunidades Techachalco, Yemila, Cuaunepantla, Tlazintia, Monte Mar y Tlamimilolpa del módulo I y, San Pedro, San Mateo, Ejido de Techachalco y Canales, del módulo II del Municipio de Acaxochitlan, Estado de Hidalgo las cuales suman un total de 60

También se consideró al personal de la Estrategia de Extensión de Cobertura que labora en dichas comunidades, conformado por 10 auxiliares de salud, 2 supervisoras de auxiliares de salud y 2 técnicos de atención primaria a la salud

Por lo tanto el universo de trabajo es de 74 personas

UNIDADES DE OBSERVACIÓN.

La información se obtuvo mediante la aplicación de un cuestionario a las personas dadas de baja en el programa de planificación familiar

Con el personal de la Estrategia de Extensión de Cobertura se usó una guía de observación que permitió recopilar datos para la investigación.

CRITERIOS.

De inclusión Se trabajó con hombres y mujeres que utilizaron métodos anticonceptivos y que actualmente están dados de baja tanto temporal como definitivamente por el programa de planificación familiar

También se trabajó con el personal de la Estrategia de Extensión de Cobertura que labora en las comunidades elegidas para la investigación.

De exclusión No se consideró a las personas dadas de baja por ser emigrantes de las comunidades en estudio, ni aquellas dadas de baja por defunción

De eliminación: No se consideraron a las personas que estando dadas de baja por el personal de la Estrategia de Extensión de Cobertura estén usando un método en otro servicio de salud

MUESTRA.

El total de la muestra elegida para la investigación corresponde al 100% del universo de trabajo

PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Una vez aplicados los cuestionarios la información se procesó por medio de paloteo simple, lo que nos permitió tener los resultados en forma estadística y rápida

En el caso de la guía de observación primero se codificaron las respuestas de acuerdo a las categorías propuestas en la clasificación de variables para después procesarlas por medio de paloteo

PRESENTACIÓN.

Los resultados obtenidos se presentan por medio de cuadros de concentración

ANÁLISIS.

El análisis de los cuadros se llevó a cabo en forma dinámica confrontándolos con el marco teórico y la problemática observada

I. MARCO TEÓRICO

1.1. GENERALIDADES DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

A diferencia de lo promulgado en la Ley General de Población del 27 de diciembre de 1947, en la que se establecían actividades que permitieran el crecimiento de la población, el 26 de febrero de 1973 se reforma el artículo 4o. constitucional en donde se manifiesta que " toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos "1. Así mismo el 11 de diciembre de ese año se promulga una nueva Ley General de Población en donde se expresa la necesidad de realizar programas de planificación familiar a través de los servicios educativos y de salud

En octubre de 1977 el Presidente de la República Mexicana aprueba el Plan Nacional de Planificación Familiar en el que se establecieron los objetivos y las metas alcanzables a corto, mediano y largo plazos. A raíz de esto las Instituciones del Sector Salud adecuaron sus programas logrando que para 1980 los servicios de planificación familiar se ofrecieran en todas las unidades aplicativas de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, y en las áreas de grupos menos privilegiados.

En 1983 se elabora el Programa Interinstitucional de Planificación Familiar donde se reafirman los objetivos del Plan Nacional, se establecen metas anuales y se realiza una separación de los niveles institucional y rural urbano, así mismo, se toma en cuenta al sector privado.

En 1984, en la Ley General de Salud, se incorpora a la planificación como un derecho en la atención de la salud.

De esta manera el programa de planificación familiar se ha expandido logrando que cada día sean más las parejas que deciden planificar su familia.

La planificación familiar se define como el adoptar, en forma voluntaria, " aquellas prácticas que mediante el espaciamiento de los embarazos y la finalización de la procreación a una edad relativamente temprana, consigan mejorar la salud materna e

¹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, título primero, capítulo I artículo 4o., págs. 7 y 8

infantil, modelando el tamaño de la familia y la elección del momento oportuno para un embarazo ²

Sin embargo, la planificación familiar no debe ser conceptualizada con el sentido limitado que lo refiere simplemente a planear el número de hijos y el momento oportuno de su advenimiento. Su perspectiva va más allá, se debe considerar todo el contexto de la vida familiar con el propósito de favorecer su bienestar, esto implica una mayor oportunidad a la salud y a la superación, además de propiciar el mejor entendimiento entre los cónyuges y entre padres e hijos³

Por lo anterior es muy importante que, al proporcionar servicios de planificación familiar se vigile el cumplimiento de los siguientes principios, los cuales son determinantes en la aceptación y satisfacción del usuario.

- La planificación familiar es una medida voluntaria e importante para la protección de la salud
- Los servicios deben proporcionarse en un ambiente privado y digno
- Evitar referencias de “buenos métodos anticonceptivos y malos métodos anticonceptivos”. Cualquier método es mejor que ninguno si la pareja desea evitar el embarazo
- Favorecer la participación de varón en el programa de planificación familiar. ⁴

“Si las parejas sexuales, presumiblemente fecundas no ponen en práctica ningún método anticonceptivo, un 80% de las mujeres quedarán embarazadas en el plazo de un año”. ⁵

² Dexeus S., La contracepción hoy, pág. 6

³ Gally E., Sexualidad humana y planificación familiar, pág. 6

⁴ Secretaría de Salud, Manual de normas y procedimientos operativos en el programa de planificación familiar, pág.9

⁵ Pritchard Jack A., Wilhams Obstetricia, pág. 777

1.2 LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA

La Estrategia de Extension de Cobertura es un instrumento que implanta programas prioritarios de salud en las zonas rurales dispersas, que están apartadas de las unidades medicas del Sistema Nacional de Salud

En México existen 154,016 localidades rurales, de estas, 13,465 tienen una población entre 500 y 2,500 habitantes, y 140,551 tienen menos de 500 habitantes ⁶

La Secretaria de Salud es quien tiene la responsabilidad de atender a la mayor parte de la población abierta en el área rural y localidades con menos de 2,500 habitantes que se encuentran en zonas geograficas de difícil acceso. En cantidad numerica, de las 154,016 localidades rurales, la Secretaria de Salud presta atención de salud a 23,289,924 habitantes, es decir, al 28.7% de la población total del país ⁷

Ante esta situación la Secretaria de Salud, apoyándose en los trabajos que maneja con anterioridad en el área rural y en la Conferencia Internacional de Atención Primaria a la Salud de Alma Ata, que se llevó a cabo en 1978, creó en 1985 la Estrategia de Extension de Cobertura. A partir de entonces se quedó a cargo de la Dirección General de Planificación Familiar la normatividad, seguimiento y evaluación de la Estrategia de Extension de Cobertura a través de la coordinación constante con las autoridades Estatales y la organización de las Jurisdicciones sanitarias

La Estrategia de Extension de Cobertura presta sus servicios de salud con la ayuda de la comunidad, de esta selecciona una persona que se encuentra vinculada a los servicios de atención médica. Dicha persona debe cubrir ciertas características, tales como: liderazgo, facilidad de palabra y respeto moral ante la población. A esta persona se le denomina Auxiliar de Salud, y es supervisada por personal de enfermería capacitado que la visita periódicamente

La Estrategia de Extension de Cobertura está conformada por tres niveles: a *Nivel Central*. Compuesto por la Dirección General de Salud Reproductiva. Tiene la

⁶ Secretaria de Salud, Un instrumento para proporcionar servicios básicos de salud a la población, pág. 2
⁷ *Ibidem* pág. 3

función de normar, programar, evaluar, supervisar, capacitar y realizar promoción e investigación de la Estrategia de Extensión de Cobertura

b. *Nivel Estatal*. Integrado por los Servicios Coordinados de Salud Pública y los Servicios Estatales de Salud. Es responsable de la programación, organización, ejecución, supervisión, capacitación, información y evaluación de la Estrategia de Extensión de Cobertura

c. *Nivel Jurisdiccional*. Compuesto directamente por el Jefe Jurisdiccional y el Coordinador Médico Jurisdiccional quienes se encargan de programar, coordinar, dirigir, capacitar, supervisar, informar y evaluar las actividades de los componentes institucional y comunitario

Dentro del Nivel Jurisdiccional, a cargo del Coordinador médico jurisdiccional, se encuentra la Supervisora de Auxiliares de salud que representa un enlace entre la Auxiliar de Salud y la estructura formal de servicios en la Jurisdicción sanitaria. La Supervisora de Auxiliares de Salud se define como la ENFERMERA general o auxiliar que ha demostrado experiencia en el trabajo de campo, especialmente en lo que se refiere a la atención materno-infantil y planificación familiar, además de tener habilidades para la supervisión y capacitación de la Auxiliar de salud debido a que el éxito de los programas de salud incorporados en la Estrategia de Extensión de Cobertura depende en buena medida de la Supervisora de Auxiliares de salud. Por ello, al igual que la Auxiliar de Salud, la Supervisora de Auxiliares de Salud debe fincar una buena comunicación con los líderes de cada una de las comunidades a su cargo, de esa manera podrá programar, organizar y controlar sus actividades y, proporcionar atención selectiva y referir usuarios de la Estrategia de Extensión de Cobertura a un nivel de atención mayor en caso de requerirse

Cada Supervisora de Auxiliares de Salud es responsable de un módulo que esta integrado por un promedio de 10 comunidades rurales dispersas, ella supervisa directamente las actividades de cada una de las Auxiliares de Salud a su cargo, las capacita, asesora y las dota de los recursos materiales básicos.

En cada una de las comunidades la Auxiliar de Salud se responsabiliza de la prestación de los servicios básicos de salud y sus funciones principales son realizar

promoción de la salud, suministrar servicios básicos de salud, identificar riesgos para la salud y, realizar referencia y contrarreferencia en caso necesario

Estas funciones se encuentran comprendidas en los diferentes programas que maneja la Estrategia de Extensión de Cobertura, y son:

- Planificación familiar.
- Atención materno-infantil
- Enfermedades prevenibles por vacunación.
- Prevención y control de enfermedades diarreicas agudas.
- Prevención y control de enfermedades respiratorias agudas.
- Nutrición y salud.

Para que la Auxiliar de Salud y la Supervisora de Auxiliares de Salud puedan realizar de manera eficaz sus actividades deben comenzar por definir el universo de acción de la Estrategia de Extensión de Cobertura en cada comunidad. Para ello cada año efectúan un recuento de los habitantes con el fin de conocer su edad, sexo, escolaridad, número de parejas y de familias, mujeres embarazadas; además se realiza un croquis de la comunidad resaltando cada vivienda, edificio público y accidentes geográficos. El censo y el croquis de población marcan específicamente hogares con niños menores de cinco años de edad, niños con esquema de vacunación incompleto, usuarios de planificación familiar, ancianos y enfermos incapacitados; esto sirve de base para hacer el plan de trabajo, tanto de la Auxiliar de Salud como de la Supervisora de Auxiliares de Salud.

1.2.1 CAPACITACIÓN EN LA ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA.

Para el buen desempeño del personal de la Estrategia de Extensión de Cobertura y un óptimo desarrollo de sus actividades, es fundamental la capacitación. A través de esta, se proporciona información técnica básica para desarrollar habilidades que mejoren la prestación de servicios y la calidad de atención

La capacitación se lleva a cabo de manera formal, en servicio y continua.

Capacitación Formal. En ésta los Coordinadores Médicos Jurisdiccionales, las Supervisoras de Auxiliares de Salud y las Auxiliares de Salud reciben la información e

instrucción básica a través de un curso de introducción al puesto. En él, se describen de manera amplia los lineamientos operativos de la Estrategia de Extensión de Cobertura, las características, responsabilidades y funciones de cada miembro del equipo de salud; además, se les dan las normas y procedimientos institucionales para la prestación de servicios. Se cuenta con diversos manuales y paquetes didácticos que tienen la finalidad de llevar la capacitación en forma integral y desconcentrada por el personal Estatal y Jurisdiccional.

Capacitación en servicio. Se lleva a cabo durante las visitas de supervisión como asesoría técnica, es decir, se está presente en las actividades que realiza la Auxiliar de Salud y la Supervisora de recomendaciones y guía para su mejor desempeño. Como apoyo, se cuenta con guías específicas de capacitación-supervisión.

Capacitación Continua. Se efectúa de manera periódica. Se proporciona información actualizada sobre las actividades de los programas de la Estrategia de Extensión de Cobertura. Para esta capacitación las Supervisoras de Auxiliares de Salud realizan reuniones con las Auxiliares de salud de su módulo.⁸

1.2.2 SUPERVISIÓN EN LA ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA

La supervisión es fundamental para la Estrategia de Extensión de Cobertura, ya que de esta manera se logra que los servicios tengan mayor calidad y calidez.

Mediante la supervisión se verifica el que se cumplan las metas programadas, se apliquen las normas y procedimientos operativos institucionales y, se asegura que se aprovechen correctamente los recursos con los que se dispone.

Cada supervisión se realiza en forma planeada, sistemática y objetiva, y se realizan a nivel central, estatal, jurisdiccional y comunitario.

La supervisión tiene dos objetivos fundamentales

- Supervisar directamente las actividades de la Auxiliar de Salud y su desempeño en la comunidad

⁸ *Ibidem.* pág. 23

- Una supervisión administrativa para revisar la calidad de los registros en los calendarios de control

Las visitas de supervisión a cada comunidad se realizan dos veces al mes por parte de la Supervisora de Auxiliares de Salud, y una vez al mes por el Coordinador Médico Jurisdiccional

1.2.3 EL TÉCNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD EN LA ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA.

En el Estado de Hidalgo se ha insertado otro trabajador en el nivel comunitario de la Estrategia de Extensión de Cobertura. Esta persona, es un personal Técnico en Atención Primaria a la Salud conocido como TAPS. trabaja en coordinación con la Supervisora de Auxiliares de Salud y la Auxiliar de Salud, y debe poseer el siguiente perfil

a. CONOCIMIENTOS

- Identificar los programas de salud prioritarios
- Enunciar la metodología para efectuar un diagnóstico de salud comunitario.
- Reconocer la historia natural de la enfermedad en los padecimientos más frecuentes en su localidad
- Identificar los riesgos y daños a la salud susceptibles de ser modificados mediante actividades de fomento.
- Enunciar los procedimientos de saneamiento básico y ambiental.
- Identificar signos y síntomas de enfermedades transmisibles y no transmisibles más frecuentes en su localidad.

b. DESTREZAS Y HABILIDADES

- Proporcionar métodos anticonceptivos temporales
- Participar en el control de casos y brotes epidémicos
- Proporcionar atención básica y refiere los casos que lo requieren
- Coordinar las actividades de parteras tradicionales y auxiliares de salud en la comunidad, y además las capacita.
- Orientar a la población sobre el uso de los servicios de salud.

- Aplicar las prácticas tradicionales de atención que son favorables a la salud
- Realizar actividades en materia de educación para la salud.
- Detectar y controlar factores de riesgo en personas sanas con énfasis en la población materno-infantil
- Referir los casos que ameriten atención médica con mayor capacidad resolutoria.
- Atender y controlar el embarazo y puerperio
- Dar seguimiento y control a niños menores de cinco años de edad en lo referente a crecimiento, desarrollo, estimulación temprana y nutrición
- Vigilar la aplicación del esquema de vacunación completo.
- Describir los diversos métodos anticonceptivos, indicaciones, contraindicaciones, forma de uso y efectos secundarios
- Señalar las principales técnicas didácticas para capacitación.

c. ACTITUDES

- Demostrar disciplina, responsabilidad, diligencia, honestidad, discreción en el desarrollo de sus habilidades
- Poseer una actitud favorable para la enseñanza y capacitación.
- Mostrar disposición para participar con el equipo de salud.

1.3 ASPECTOS NORMATIVOS DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar, al igual que muchos aspectos de la vida, está respaldada por una serie de bases jurídicas. A continuación se menciona lo que plantean el artículo 4o. constitucional, la Ley General de Salud, la Norma Oficial Mexicana de los servicios de Planificación Familiar, la Ley General de Población y el Plan Nacional de Desarrollo con respecto a este tema

1.3.1 ARTICULO 4o CONSTITUCIONAL

Menciona que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos⁹

Este párrafo contiene un derecho individual, la garantía de libertad que tiene toda persona a procrear, y como derecho social la planeación familiar, es decir, que la planificación familiar es el derecho que tiene toda pareja para pensar y decidir el tamaño y características de la familia que desean, permitiéndose prever y mejorar la calidad de vida.

1.3.2 LEY GENERAL DE SALUD

En el capítulo IV, capítulos 67, 68, 69, 70 y 71 se menciona el derecho que tienen las personas de planear las condiciones así como el tiempo en que desean tener hijos, remarca un énfasis muy importante en la correcta información, asesoría, apoyo y seguimiento que se le debe brindar al usuario

1.3.3 NORMA OFICIAL MEXICANA DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

“ Describe las disposiciones generales y especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar e incluye tanto la selección, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, como la identificación, manejo y referencias de casos con esterilidad e infertilidad, destacando los elementos de información, orientación y consejería “¹⁰

⁹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Título primero, capítulo I, artículo 4o., págs.7y8.

¹⁰ Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, pág.8.

1.3.3 1. DESCRIPCIÓN, SELECCIÓN, PRESCRIPCIÓN Y APLICACIÓN DE MÉTODOS SEGUN LA NORMA OFICIAL MEXICANA DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la fertilidad del individuo o la pareja, permitiendo que se puedan tener relaciones desligándolas de la actividad reproductiva, evitando así embarazos no deseados

Dependiendo de la posibilidad de recuperar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes. Los primeros sólo previenen el embarazo mientras son utilizados, cuando se deja de usarlos la mujer puede embarazarse nuevamente, son hormonales orales, inyectables y subdérmicos, dispositivo intrauterino (DIU), de barrera y espermicidas, y los naturales o de abstinencia periódica. Los métodos permanentes son aquellos que una vez adoptados finalizan con la capacidad reproductiva del hombre o de la mujer, estos son: la oclusión tubaria bilateral o salpingoclasia y la vasectomía

La Secretaría de Salud cuenta con los siguientes métodos hormonales orales e inyectables, el DIU, el preservativo o condón, la vasectomía y la oclusión tubaria bilateral.

Específicamente en la Estrategia de Extensión de Cobertura los métodos anticonceptivos que se manejan son: los hormonales orales, los hormonales inyectables y el preservativo, mismos que se describen a continuación

a. HORMONALES ORALES.

Este método previene el embarazo al evitar la ovulación en la mujer, modifica las características normales del endometrio y hace más denso el moco cervical

Se dividen en dos grupos: los combinados de estrógeno y progestina, y los que sólo contienen progestina

Hormonales orales combinados. Se presentan en cajas de 21 tabletas o grageas. Algunas presentaciones contienen 7 tabletas adicionales que no contienen hormonas, sino sólo hierro o lactosa, resultando ciclos de 28 tabletas para administración ininterrumpida. Tienen una efectividad anticonceptiva del 92 al 99%

Están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multiparas, incluyendo adolescentes que deseen un método temporal de alta efectividad. Se puede usar antes del primer embarazo, en el intervalo intergenésico, el posaborto inmediato, en posparto o poscesárea después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

Se deberá tener precaución cuando existe hemorragia uterina anormal de etiología desconocida, en fumadoras mayores de 35 años, hipertensas, diabéticas, con insuficiencia renal, migraña, leiomiomatosis uterina y alteraciones de la coagulación.

Las condiciones bajo las cuales no se debe de utilizar son sospecha o presencia de embarazo, lactancia en los primeros 6 meses, posparto o poscesárea, tener o haber tenido cualquier tipo de enfermedad tromboembólica, cardiopatía, cáncer de mama o cervicouterino, tumores hepáticos y enfermedad hepática. También durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

Este método puede dar origen a efectos colaterales tales como cefalea, náuseas, vómito, mareos, mastalgia, ciosasma y alteraciones del ciclo menstrual. En caso de que esta sintomatología se presente en forma leve, se reforzará la información haciendo hincapié en que estos generalmente son transitorios y se presentan en los primeros ciclos de uso. Si los efectos colaterales se presentan en forma intensa o persistente por más de seis meses, se deberá suspender su uso y ofrecer cambio de método.

Para quienes empiezan a utilizar este método, iniciaran tomando la primera tableta o gragea dentro de los primeros cinco días de iniciado el ciclo menstrual preferentemente por la noche, y se continuará tomando una diaria, en los ciclos subsecuentes se iniciará al terminar el previo, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual. Se deberá suspender dos semanas antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada de una extremidad y se reiniciará dos semanas después.

Para prescribir estos hormonales se deberán realizar los siguientes procedimientos.

- Proporcionar información o consejería
- Efectuar interrogatorio.
- Instruir a la mujer en el uso adecuado de las tabletas o grageas

- Realizar un examen físico en función de capacitación y recursos de los prestadores de servicios y requerimientos del método anticonceptivo. Debe incluir toma de tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cervico-vaginal. En el caso de adolescentes el examen pélvico y la toma de citología se pueden dejar para consultas subsiguientes.

Se deberá realizar un seguimiento con cada una de las usuarias, durante la consulta se reforzará la consejería, se vigilará el uso correcto del método, la satisfacción que proporciona, la aparición de efectos colaterales y cuando proceda, se dotará a la usuaria de las tabletas o grageas. Las citas serán inicialmente al mes y posteriormente cada año. Las visitas anuales deberán aprovecharse para tomar muestra de citología cervico-vaginal.¹¹

Hormonal oral que sólo contiene progestina. Se presenta en cajas que contienen 35 tabletas o grageas. Brindan una protección del 90 al 97%.

Están indicadas para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, multigestas o multiparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad. Se puede usar antes del primer embarazo, en el intervalo intergenésico, en el posparto o poscesárea con o sin lactancia; y en el posaborto.

No deben de emplearse en caso de embarazo o sospecha, cuando la usuaria tenga o haya tenido cáncer mamario o del cérvix, tumores hepáticos benignos o malignos, enfermedad hepática aguda o crónica activa y durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

Para administrar éste hormonal se deberá tener precaución en los siguientes casos: existencia de hemorragia uterina anormal, insuficiencia renal, cardiopatía isquémica, depresión importante y migraña focal.

Para su administración, el primer ciclo de tratamiento debe iniciarse preferentemente el primer día de la menstruación. Si el inicio se efectúa después del primero y antes del sexto día desde el inicio de la menstruación, se deberá usar un

¹¹ Ibídem págs 22-26.

método de barrera, como apoyo. durante siete días, se ingiere una tableta diaria ininterrumpidamente incluso durante la menstruación, cada día a la misma hora “¹²

Cuando la mujer está lactando se debe iniciar después de la sexta semana posparto o poscesarea. En caso de no estar lactando se puede iniciar después de la tercera semana.

Para su prescripción deberán realizarse los siguientes procedimientos:

- Proporcionar la información o consejería
- Efectuar interrogatorio
- Instruir a la mujer en el uso adecuado del método
- Realizar examen físico en función de la capacitación y recursos de los prestadores de servicios

Si se omite la ingestión de una o más tabletas el método es inefectivo debido a que su protección anticonceptiva está limitada al día en que se ingiere.

Los efectos colaterales que pueden presentarse son irregularidades menstruales, cefalea y mastalgia. En caso de que la sintomatología sea leve se debe reforzar la consejería y recomendar a la usuaria seguir usando el anticonceptivo.

El uso del método se debe de suspender si se presenta: embarazo confirmado o intolerancia a las alteraciones del ciclo menstrual.

“ La diarrea y el vómito intensos pueden interferir con la efectividad de las tabletas o grageas. En estos casos se debe recomendar el uso adicional de un método de barrera “.¹³

El seguimiento de la usuaria se debe efectuar mediante una visita inicial al mes y posteriormente al menos cada año. En cada visita se reforzará la consejería, se vigilará el correcto uso del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda, se dotará de tabletas.

b HORMONALES INYECTABLES.

Son métodos temporales de larga acción y se dividen en dos grupos: los combinados de estrógeno y progestina, y los que contienen sólo progestina.

¹² Ibidem pág. 28

¹³ Ibidem pág. 29

Hormonales combinados inyectables Contienen un éster de estradiol y una progestina sintética. Se recomienda que la dosis de estradiol no exceda de 5 mg. Al mes ¹⁴

Al usarse de la manera correcta brinda una protección anticonceptiva mayor al 99%

Están indicados para mujeres en edad fértil y vida sexual activa, sin importar el que sean nulíparas o multiparas, incluyendo adolescentes. Se pueden prescribir durante las siguientes situaciones antes del primer embarazo, en el intervalo intergenésico, en el posaborto después de la primera semana, en el posparto o poscesárea después de la tercera semana si la mujer no está lactando.

No debe administrarse en caso de que la mujer esté lactando en los primeros seis meses del posparto, en presencia o sospecha de embarazo, tener o haber tenido cáncer mamario o de cérvix, enfermedad tromboembólica incluyendo trombosis, embolia pulmonar, insuficiencia cardiaca, accidente cerebro vascular, cardiopatía isquémica o reumática, tumores o enfermedades hepáticas; y durante la administración crónica de rifampicina.

Se debe tener cuidado al administrarlos a fumadoras mayores de 35 años, cuando existe hemorragia uterina anormal, hipertensión arterial, insuficiencia renal, alteraciones de la coagulación, diabetes mellitus no controlada y migraña focal.

Este tipo de hormonal se aplica por vía intramuscular profunda en la región glútea

La primera aplicación debe hacerse en cualquiera de los primeros cinco días después de iniciada la menstruación o en cualquier momento si se está seguro de que la usuaria no se encuentra embarazada. Las inyecciones subsecuentes deben aplicarse cada 30 +/- 3 días.

Como se mencionó anteriormente en el posparto o poscesárea cuando la mujer no está lactando, el hormonal combinado se debe administrar después de la tercera semana. En caso de un posaborto la administración se inicia una semana después.

¹⁴ Ibidem pág 30

Su uso debe suspenderse 45 días antes de una cirugía mayor electiva, o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después

Para su prescripción se deben realizar los siguientes procedimientos:

- Proporcionar consejería.
- Efectuar interrogatorio.
- Enseñar a la usuaria el uso correcto del método
- Realizar un examen físico que incluya: toma de la tensión arterial, examen de mamas y pélvico y toma de muestra para citología cervico-vaginal. En el caso de adolescentes los dos últimos pueden diferirse para consultas subsecuentes

La protección anticonceptiva que brinda este tipo de hormonal es de hasta 33 días después de aplicada la inyección, debido a esto si es aplicada después no se garantiza protección anticonceptiva.

En el caso de que la inyección no se aplique en el periodo adecuado, se deben prescribir métodos de barrera y aplicar la inyección en el siguiente ciclo menstrual. No es recomendable aplicarlas antes de 27 días.

Los efectos colaterales que pueden presentarse son: vómito, incremento de peso corporal, náuseas, irregularidades menstruales, cefalea y mastalgia. Cuando se presenten efectos colaterales con sintomatología leve, se debe reforzar la consejería y recomendar a la usuaria no abandonar el uso del método haciéndole saber que esto es común y sólo se presenta en los primeros meses de uso

El uso del método se suspenderá en caso de presentarse sospecha de embarazo, ictericia, dolor torácico intenso, alteraciones visuales, cefalea intensa, disnea, intolerancia a las irregularidades menstruales y persistencia de efectos colaterales por más de seis meses

Se debe efectuar un seguimiento a la usuaria con una visita inicial a los 30 días y posteriormente cada año o cuando sea necesario. En cada visita se reforzará la consejería, se valorará la satisfacción con el método, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda, se aplicará la siguiente inyección ¹⁵

¹⁵ *Ibidem.* págs. 32 y 33

Actualmente la Secretaría de Salud está suministrando un anticonceptivo combinado inyectable llamado " Cyclofem " que es de uso mensual

Hormonal inyectable que sólo contiene progestina. Brinda una protección anticonceptiva mayor al 99%. Sus indicaciones son las mismas que para el hormonal inyectable combinado, excepto que este puede aplicarse aunque la mujer esté lactando.

No debe aplicar en caso de sospecha de embarazo, si la usuaria tuvo o tiene cáncer mamario o de cérvix, tumores hepáticos, enfermedad hepática, ni durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes

Si la mujer desea embarazarse se debe suspender por lo menos nueve meses antes. Se debe tener precaución al indicarlo cuando la paciente presenta hemorragia uterina anormal, migraña focal, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal o alteraciones de la coagulación

Su aplicación se realiza por vía intramuscular profunda en el glúteo, la primera vez debe efectuarse en cualesquiera de los primeros 7 días después del inicio del ciclo menstrual. Las inyecciones siguientes se aplicarán dependiendo de la presentación que se trate, cuando es de DMPA (Acetato de medroxiprogesterona 150 mg) deben aplicarse cada 3 meses y cuando son de NET-EN (Enantato de noretisterona 200 mg.) cada dos meses

En el posparto, cuando la mujer esté lactando la aplicación se efectuará después de la sexta semana, en el posaborto puede efectuarse inmediatamente

Para prescribir este método se deben realizar los siguientes procedimientos

- Proporcionar consejería.
- Efectuar interrogatorio.
- Enseñar a la mujer el uso adecuado del hormonal.
- Realizar un examen físico que incluya: toma de tensión arterial, examen de mamas, pélvico y toma de muestra para citología vaginal. En el caso de adolescentes el examen pélvico y la toma de citología vaginal se puede diferir para las consultas siguientes

Con el uso de este hormonal pueden presentarse los siguientes efectos colaterales: irregularidades menstruales, aumento de peso, mastalgia, amenorrea y cefalea. El uso del

método se debe suspender en caso de presentarse embarazo o sospecha, o intolerancia a las irregularidades menstruales.

“ La aplicación de NET-EN puede efectuarse hasta dos semanas después de la fecha programada, sin necesidad de adicionar otro método. La DMPA puede efectuarse hasta cuatro semanas después de la fecha programada ”. ¹⁶

De igual manera que con los otros métodos se debe realizar seguimiento a la usuaria mediante una visita inicial a los 30 días y posteriormente cada año, o cuando se estime necesario por el prestador de servicios a la usuaria

c PRESERVATIVO

Es un método anticonceptivo de barrera que interfiere en la fecundación de manera mecánica. Es una bolsa de plástico (látex), que se coloca al pene en erección para evitar el paso de espermatozoides. Puede contener además un espermicida.

Su efectividad anticonceptiva bajo uso adecuado, es del 85 al 97%.

Está indicado para el hombre con vida sexual activa en las siguientes situaciones: como apoyo a otros métodos anticonceptivos y durante las primeras 25 eyaculaciones posvasectomía, en personas con actividad sexual esporádica y cuando haya riesgo de exposición a enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.

No debe de usarse cuando existe alergia o hipersensibilidad al plástico o al espermicida, o disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil. La duración de su protección anticonceptiva está limitada al tiempo de utilización correcta.

La forma de uso es la siguiente.

- Debe usarse un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y desde el inicio del coito.
- La fecha de manufactura no deberá ser mayor de 5 años, en caso contrario el condón ya está caducado.
- Cuando el pene está en erección se coloca en la punta, se desenrolla hasta llegar a la base del pene evitando la formación de burbujas de aire.
- Cuando el hombre no está circuncidado el prepucio debe retraerse hasta la base del pene antes de colocar el condón.

¹⁶ *Ibidem*. pág. 36

- Posteriormente a la eyaculación y cuando el pene aún esté erecto se debe retirar de la vagina, sosteniendo el condón por la base del pene para evitar que se derrame el semen y se quede en la cavidad vaginal
- El condón se deposita en un basurero. Para evitar derramar el semen deberá anudarse.

Se realizarán visitas de seguimiento de acuerdo a las necesidades del usuario, para reforzar las instrucciones de uso y la consejería. En caso necesario se le proveerá de condones ¹⁷

1.3.4. LEY GENERAL DE POBLACIÓN DE MÉXICO.

En el artículo 3o menciona la responsabilidad que tiene la Secretaría de Gobernación para promover la realización de programas de planificación familiar y de vigilar que se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos del hombre.

El artículo 18 menciona el derecho que tiene toda persona a decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos

El artículo 20 refiere la coordinación que debe tener la planeación familiar con otros servicios destinados a mejorar las condiciones de vida de los individuos y de la familia, tales como los de salud, educación y seguridad social

La gratuidad de los servicios prestados por dependencias y organismos del sector público en relación con la planeación familiar se mencionan en el artículo 21.

El artículo 26 menciona que antes de hacer accesible un nuevo método a la población, se debe demostrar que carece de efectos secundarios graves en los humanos y que no es perjudicial a la salud. ¹⁸

¹⁷ Ibidem. págs 53-55

¹⁸ Mohammad Naghi. Administración de programas de planificación familiar. págs. 43-44

1.3.5. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1995 - 2000

En este se menciona que debido a una sensible desaceleración en el descenso de la fecundidad en el país, es importante intensificar los programas de planificación familiar en los medios rural y marginal urbano en donde la protección anticonceptiva cubre sólo a un 44% de su población.

Menciona la importancia de la educación sexual y de informar a la población para lograr ésta meta. Cita que existe deficiencia en la cobertura y calidad de los servicios de planificación familiar, lo cual es urgente modificar con miras a lograr que se mantenga el 70% de la cobertura en las parejas del medio urbano y que se incremente a un 57% en los medios rural y marginal urbano ¹⁹

1.4. RETOS Y PERSPECTIVAS DE LA ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA EN EL ESTADO DE HIDALGO.

El diagnóstico operativo realizado en el Estado de Hidalgo en el año de 1994 arrojó los siguientes resultados relacionados a la evaluación-supervisión de la Estrategia de Extensión de Cobertura.

- En las Jurisdicciones Sanitarias se cuenta con un plan de distribución de anticonceptivos, pero se deduce que se requiere establecer mayor coordinación entre los niveles estatal, jurisdiccional y modular, con el propósito de programar y distribuir adecuadamente los insumos.
- Los usuarios de los servicios que otorgan las auxiliares de salud perciben como de buena calidad la atención que éstas proporcionan, pero opinan que es necesario dotarles de más medicamento y equipo.
- Un 33.7% de la población entrevistada en las comunidades manifestó que no ha recibido visitas por parte del personal de la Secretaría de Salud y un 37.2% no ha recibido alguna plática sobre temas de salud.

¹⁹ Secretaría de Gobernación. Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, pág. 100

- Cerca de la mitad de las personas casadas o en unión libre estaban usando un método anticonceptivo al momento de la entrevista y del total de la población, el 78.2% manifestó que conoce al menos un método anticonceptivo ²⁰
- El material anticonceptivo es el recurso nuclear para la operación del programa de planificación familiar, por lo tanto su abasto es necesario para asegurar la disponibilidad de éste y así asegurar la prestación del servicio y el cumplimiento de las normas programadas de nuevos usuarios y mantener a los usuarios activos
- El Estado de Hidalgo en coordinación con la Dirección General de Salud Reproductiva consideraron dar mayor importancia a las actividades de capacitación a fin de reforzar la competencia técnica del prestador de servicios y asegurar la adecuada ofertación, orientación-consejería y prescripción de metodología anticonceptiva con el objeto de mejorar la calidad del servicio

Basado en la anterior, en el Programa Estatal de Salud Reproductiva 1995 del Estado de Hidalgo, se contempló el continuar con la capacitación de las supervisoras de auxiliares de salud para que éstas a su vez, cumplieran con su función de capacitar en servicio a las auxiliares de salud, también se planteó la sistematización del abastecimiento de medicamentos y material de consumo de las auxiliares de salud mediante la gestión oportuna ante los niveles correspondientes, así como reponer el equipo e instrumental del maletín ²¹

En este programa estatal se proponen algunas estrategias para elevar la tasa de retención de usuarios, mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar y mejorar la disponibilidad física de material anticonceptivo.

a Estrategias para elevar la tasa de retención de usuarios:

- Mantener la disponibilidad física del material anticonceptivo que permita satisfacer la demanda de la población

²⁰ Secretaría de Salud. Programa Estatal de Salud Reproductiva 1995. Hidalgo. págs. 5-6

²¹ *Ibidem*: pág. 12

- Mejorar e incrementar la información referente al manejo de las reacciones secundarias del método usado por la usuaria, enfatizando el apoyo que el prestador debe brindar al usuario
 - Brindar los métodos anticonceptivos de acuerdo a las necesidades y expectativas reproductivas del demandante previa orientación consejería
 - Realizar visitas domiciliarias orientadas a la reconquista de usuarias ²²
- b Estrategias para mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar
- Mejorar la información que se le brinda al usuario para facilitarle la toma de decisiones con respecto a la selección del método anticonceptivo
 - Mejorar la competencia técnica del prestador de servicios, fundamentalmente del personal de enfermería, específicamente en la actualización de temas de metodología anticonceptiva
- c. Estrategias para mejorar la disponibilidad física de material anticonceptivo
- Capacitar al 100% del personal operativo de metodología anticonceptiva
 - Mejorar el control del material anticonceptivo de los almacenes jurisdiccionales a través de inspecciones visuales por personal capacitado de los niveles estatal y jurisdiccional.
 - El Coordinador Médico de planificación familiar y el jefe del almacén deberán realizar un análisis trimestral por unidad aplicativa y comunidad ²³

1.5 CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Para lograr que el programa de planificación familiar tenga éxito, es fundamental que exista calidad en la prestación de los servicios.

La calidad se define como “ la satisfacción de las necesidades del usuario en lo referente a su salud y bienestar reproductivo , a corto, mediano y largo plazo “ ²⁴ y al

²² Ibidem pág. 55

²³ Ibidem pág. 57

²⁴ Secretaría de Salud. Programa del taller sobre orientación-consejería en la planificación familiar posparto. pág 135

menor costo posible. es decir. los servicios deben de ofrecerse con seguridad, efectividad y conveniencia para la población a la que van dirigidos

Según Judith Bruce²⁵ existen seis elementos básicos para lograr calidad en los servicios de planificación familiar. estos son

- a Disponibilidad y oferta de métodos anticonceptivos
- b Información al usuario
- c Competencia técnica del prestador
- d Relaciones interpersonales con el usuario
- e Mecanismos de seguimiento
- f organización de los servicios

A DISPONIBILIDAD Y OFERTA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

En cuanto más variedad de métodos anticonceptivos se ofrezcan a la población, mayor será la posibilidad de satisfacer las variadas necesidades de los usuarios. Se brindará la posibilidad de que el usuario encuentre uno que más responda a sus necesidades e incluso sabrá por cual cambiarlo en caso de presentarse algún inconveniente.

Sin embargo, a pesar de que en el programa de planificación familiar se cuente con una gran variedad de métodos, en ocasiones estos no se encuentran disponibles físicamente por problemas logísticos, almacenamiento, falta de personal capacitado para aplicarlos, etc. Tal situación limita la oferta y selección del método ocasionando una disminución en la calidad de prestación del servicio.

Sistema de referencia. En caso de que el lugar donde se preste el servicio de salud no cuente con todos los métodos, por ejemplo que no se tenga lo indispensable para colocar un DIU o realizar esterilizaciones; debe referirse al usuario a otro punto de servicio donde pueda obtenerlo y cerciorarnos de que esto se cumpla

Para que un sistema de referencia sea efectivo se debe conocer lo siguiente

- Nombre y dirección del servicio o unidad que tiene los otros métodos disponibles
- El horario de atención.
- Los requisitos que deberá cumplir el usuario para obtener el método

²⁵ Secretaría de Salud. Guía para la capacitación sobre calidad de los servicios de planificación familiar. pág 6

- En su caso, el costo del servicio

B INFORMACION AL USUARIO

Calidad es poder responder a las necesidades del usuario. Por lo tanto el prestador del servicio debe escuchar al usuario para así otorgarle información adecuada. Ello significa brindarle información sobre la variedad de métodos disponibles, ventajas y desventajas, contraindicaciones, métodos que no debe emplear en este momento por motivos de salud, así como profundizar en el uso del elegido (su posible impacto en la práctica sexual, forma de uso y efectos secundarios que pueden presentarse). Además se le debe informar sobre lo que puede esperar de los prestadores de servicios y los servicios adicionales que recibirá en el futuro como consejería, provisión del método y seguimiento

Las actividades que se pueden usar para brindar información al usuario sobre métodos anticonceptivos, según la norma operativa para la promoción son: pláticas a grupos, entrevistas y visitas domiciliarias

C COMPETENCIA TÉCNICA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

La competencia técnica abarca los conocimientos y habilidades que el prestador de servicios posee, así como su capacidad de dominar las técnicas clínicas que le permitan brindar una adecuada atención al usuario

Además implica la ética profesional que debe poseer el prestador de servicios.

Por lo anterior es necesario que se tenga la capacitación, asesoría y actualización periódicas, así como supervisión para vigilar que se trabaje de acuerdo a lo prescrito

D RELACIONES INTERPERSONALES CON EL USUARIO

Este es un elemento fundamental para garantizar el desarrollo de una atención con calidad. Es importante que el usuario se sienta agusto desde el momento en que llega a solicitar un servicio hasta que su necesidad de planificación familiar ha sido satisfecha. Para esto es necesario que cada uno de los prestadores de servicios con los que interactúa estén caracterizados con una actitud de atención, interés por servir, respeto y amabilidad; de esta forma el usuario quedará satisfecho y con deseos de regresar.

Existen principios y técnicas a los que debe sujetarse el personal que actúe como consejero. son²⁶

Principios.

- Privacidad. Que el lugar tenga las condiciones apropiadas para que el usuario pueda expresarse con libertad sin el temor de ser escuchado por otra persona
- Tiempo. Brindar a cada persona el tiempo suficiente para que exprese sus necesidades, dudas o temores y responder a ellas en la forma más adecuada.
- Veracidad. Toda la información que se brinde deberá ser veraz, sin abundar en puntos que puedan confundir a la persona
- Claridad. Utilizar un lenguaje sencillo que sea comprensible para la persona
- Respeto. Permitirle al usuario que se exprese libremente. No juzgarlo y ayudarlo a encontrar la mejor solución evitando gestos que expresen crítica, ironía, burla o desprecio.
- Imparcialidad. El consejero no debe expresar la tendencia que tenga hacia un método. En especial, debe de facilitar la libre decisión de la persona.
- Responsabilidad. Es comprometerse para dar un mejor servicio según las posibilidades y tomando en cuenta las necesidades de la persona.

Técnicas.

- Escuchar activamente. Es escuchar con interés las necesidades expresadas por el usuario.
- Preguntar significativamente. Es hacer preguntas que permitan obtener datos y descubrir necesidades, buscando sentimientos relacionados con la salud sexual del usuario.
- Parfrasear. Repetir en síntesis y con otras palabras lo que el usuario nos ha expresado para verificar si lo hemos comprendido
- Identificar y reflejar sentimientos. Ayudar al usuario a clasificar sus sentimientos para que se torne más abierto a tomar decisiones

²⁶ Ibidem. págs 13-15

- Resumir y acordar Retomar las ideas y sentimientos principales que el usuario ha expresado y buscar la alternativa de solución llegando a un acuerdo

E. MECANISMOS DE SEGUIMIENTO

Consiste en verificar periódicamente el grado de satisfacción del usuario en cuanto al método que utiliza y poder superar dificultades que impidan que siga usando un método.

“ Los usuarios dejan de usar sus métodos principalmente porque desconocen los efectos secundarios que producen y no saben que pueden cambiar de método si el que están utilizando no les acomoda “ ²⁷

Los mecanismos de seguimiento deberán adaptarse dependiendo de las características y

medios disponibles Algunos de éstos pueden ser

- Informar al usuario desde la primera cita de los efectos secundarios y la posibilidad de cambiar de método en caso necesario.
- Dar citas próximas para revisar la satisfacción del usuario.
- Hacer visitas domiciliarias
- Hacer promoción.

F. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS.

Se refiere al ordenamiento de los servicios de planificación familiar de tal manera que sean convincentes, aceptables y satisfactorios para los usuarios

Para ellos se deberá tomar en cuenta la accesibilidad de los servicios; es decir, la ubicación y la distancia de éste con el domicilio de los usuarios, la disponibilidad del transporte, el horario de atención, la gratuidad del servicio, los tiempos de espera para obtener la atención, la higiene y condiciones del lugar de servicio, la calidad de atención que se brinda y las oportunidades que se pueden aprovechar de ofrecer la planificación familiar cuando se prestan otros servicios de salud reproductiva tales como la atención del parto, tratamiento de otras enfermedades y cuidados del recién nacido.

Sin embargo, no hay una organización de servicios exclusiva, cada programa debe de usar sus recursos e imaginación para dar la mejor atención a sus usuarios.

²⁷ Ibidem pág. 16

De acuerdo con lo anterior la calidad tiene un costo razonable según las necesidades del usuario al dar un mal servicio, no disminuyen los costos de sueldo, equipo, instalaciones y materiales, pero se captan muy pocos usuarios nuevos, se pierden los antiguos, se caducan los métodos y no se logran las metas ²⁸

1.6 FACTORES SOCIOCULTURALES Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

a) Indicaciones de carácter social y planificación familiar

En la práctica se han podido observar factores de tipo social que de una u otra manera, influyen en la satisfacción que el usuario tendrá con los servicios de planificación familiar, específicamente en la determinación de usar un método anticonceptivo

Entre estos factores se encuentran

- La incapacidad de la madre de atender con calidad a un número excesivo de hijos aunque se encuentre gozando de buena salud
- Conflictos conyugales originado por el nacimiento de hijos no deseados. En este caso la pareja será animada a considerar la contracepción como solución parcial de su desajuste como pareja.
- Cuando en el hogar existe un hijo incapacitado y/o un padre con problemas emotivos que requieran de una atención esmerada por parte de la madre de familia, se animará a utilizar un método anticonceptivo
- Cuando la madre busca empleo para mejorar las condiciones económicas del hogar, le serán de gran ayuda los servicios informativos acerca de la manera de espaciar los embarazos.
- Algunas aspiraciones familiares como tener casa propia o brindar una educación superior a los hijos, sirve como motivaciones sociales de la necesidad de planificar la familia.

²⁸ Ibidem pág 20

- La actividad sexual que se advierte entre los adolescentes es otra indicación social de la necesidad de proporcionar información de planificación familiar responsable.

La “ revolución sexual “ que ha traído una separación de la sexualidad y la reproducción, el movimiento de “ liberación femenina “ que fomentó el concepto de que los únicos papeles de la mujer no son los de tener hijos y criarlos. y el drástico crecimiento de la población. son otros acontecimientos que han fomentado a muchas personas a valorar su función reproductiva.

b) Nivel económico y planificación familiar.

Las familias que luchan por una independencia económica son las que necesitan los servicios de planificación familiar, ya que un número mayor de hijos repercutiría sobre la economía doméstica ya seriamente comprometida.

Sin embargo, es importante conocer el valor que se les da a los niños dentro de la comunidad o mejor aún dentro de cada familia. Históricamente este “ valor “ que se les da a los niños a tenido motivaciones religiosas, políticas, económicas y culturales. Algunas personas desean hijos por su propia satisfacción para tener a quien guiar y controlar; otros para lograr tener ganancias económicas en el futuro, para estar seguros de que contarán con alguien durante su vejez o para contar con un medio de inmortalidad personal.

En las sociedades industrializadas el deseo de tener hijos depende en cierto grado del estado económico. Por ejemplo: en Estados Unidos y Canadá la industrialización y urbanización han reducido la “ necesidad económica “ de tener hijos. Por lo tanto los niños se han vuelto menos valiosos, ²⁹ y en contraste en los países más pobres o del tercer mundo, aún se observa la tendencia de tener más de tres hijos.

Sin embargo, estudios realizados ³⁰ sobre las actitudes hacia la planificación familiar han demostrado que con mucha frecuencia la familia pobre desea tener pocos hijos como la familia de más recursos económicos y a veces hasta menos, pero ,procrean más hijos de los que desean, lo que resulta en agravar su pobreza y aumentar su dependencia económica. Esto se debe a que en muchas ocasiones los servicios médicos

²⁹ Olds Sally B., Enfermería materno-infantil, pág. 49

³⁰ Manisoff T Miriam, Planificación familiar, pág. 32

resultan inaccesibles debido a la distancia, las tarifas de pago elevadas, los horarios, las aglomeraciones, la atención despersonalizada y la falta de información

La anemia, la desnutrición, la tuberculosis, trastornos crónicos vasculares, toxemia y partos prematuros son situaciones de carácter médico que se presentan con mayor frecuencia entre las personas pobres. En cuyo caso es preferible que se posponga un embarazo a fin de otorgar mayor protección tanto a la madre como al bebé ³¹ Por lo tanto el trabajador de la salud debe tener la perspicacia, para advertir la necesidad de discutir con las personas que se encuentran en estas condiciones sobre los servicios que se le pueden proporcionar para que planifiquen su familia

c) Cultura y planificación familiar

La cultura de cada sociedad influye en los valores e ideales de los individuos acerca de la existencia humana. Debido a que estos valores son adquiridos muy temprano en nuestra vida es difícil poder modificarlos.

Algunos valores culturales favorecen la planificación familiar y otros se oponen a ella, esto se debe tomar muy en cuenta para poder adecuar el programa de planificación familiar y lograr así un incremento en la participación de la población

Entre los valores que favorecen la planificación familiar se encuentran: el deseo de los padres de procurar a sus hijos una vida mejor que la que ellos tuvieron, el deseo de progresar en la escala social (mejor clase de vida y mayor independencia económica), el deseo de los padres de brindar a sus hijos una infancia feliz, la dificultad de muchas madres al presentar embarazos frecuentes, lo arduo que les resulta a las madres educar a sus hijos, el deseo que algunos padres tienen de completar su educación interrumpida por las responsabilidades del matrimonio y la idea de que tener muchos hijos es un acto de desenfreno irresponsable

Algunos factores que se oponen a la planificación familiar son, el considerar a la familia numerosa como una manifestación de hombría o feminidad. Esta última es una idea que se encuentra en muchas ocasiones tan profundamente arraigada que aún la pobreza no consigue que se piense el limitar el número de hijos. El deseo de tener un

³¹ Ibidem págs. 25 y 26

hijo varón cuando sólo se han tenido hijas o viceversa, impulsa a los padres a procrear más familia de la que realmente deseaban

Para poder ayudar a las personas o parejas que deseen planificar su familia el prestador de servicios necesita conocer y comprender la forma en que los factores culturales, las creencias religiosas, los temores o ideas erróneas y las exigencias emotivas afectan a la planificación familiar, es necesario que se identifique cual de estos factores es susceptible a modificaciones mientras está tratando con las personas que acuden a él.

d) Religión y planificación familiar.

Debido a que las ideas religiosas pueden afectar la decisión de las personas en cuanto a planificar la familia, el prestador de servicios debe de tomar en cuenta este factor y mostrar respeto por las creencias de la persona.

La clarificación del papel que desempeña la religión en la planificación familiar ayuda a crear una actitud pública más positiva hacia la difusión de la información. Aunque algunas religiones critican severamente el uso de los métodos anticonceptivos, todas aprueban el espaciar los embarazos.

La mayoría de las sectas protestantes no se oponen a que se evite el embarazo por medio de métodos anticonceptivos de cualquier tipo, sean mecánicos, químicos y quirúrgicos siempre y cuando no se rompa con los principios cristianos. Algunos de estos principios son: “ Exodo 21 22-23, menciona a la vida de un ser aún no nacido de tanto valor como el que ya nació. Por lo tanto el matarlo aunque fuera por accidente era considerado un asesinato. Los textos bíblicos de Salmo 139 16 y Jeremías 1:5 recalcan el valor que Dios les da a las personas aún no nacidas pues menciona ya las conoce. “³²

“ Como la Biblia indica que la vida del ser humano empieza en el momento de la concepción, los cristianos deben evitar métodos anticonceptivos abortivos, es decir, que pongan fin a la vida del embrión o del feto. “³³

El catolicismo recalca la obligación que tiene el individuo de procrear, aprobando únicamente los métodos naturales - el del ritmo y el de Billings - para el control natal

³² Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania. Traducción del Nuevo Mundo de las Santas Escrituras, págs. 103, 820 y 953.

³³ Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania. ¡Despertad!, 22 de febrero de 1993, págs. 8 y 9

No obstante algunos estudios muestran que los matrimonios católicos están utilizando los métodos de control de la natalidad que ofrece la Secretaría de Salud en una proporción semejante a la de otros creyentes ³⁴

e) Escolaridad

La educación ayuda a las personas a ser miembros útiles de la sociedad y a desarrollarse como individuos capaces de razonar y de tomar decisiones, cuando es necesario, con el fin de disfrutar de una vida más satisfactoria.

Aunque en la actualidad el estado pugna por igualdad en las oportunidades educativas tanto para hombres como para mujeres las ideas que prevalecen sobre los diferentes papeles que debe desempeñar cada sexo, se oponen a ello.

Mientras el hombre es quien debe prepararse para contar con los elementos necesarios que le permitan desarrollarse en el ámbito laboral para mantener a su familia, la mujer únicamente juega el papel de madre y ama de casa por lo que no necesita de más preparación. Dicha situación se presenta con mayor énfasis en las comunidades rurales.

f) Temores del usuario

Las personas pueden tener miedo e ideas erróneas acerca de los procedimientos, y de consecuencias que se puedan presentar al someterse al uso de los métodos anticonceptivos. Con frecuencia estas ideas inciden en la satisfacción con el uso de algún método.

Pueden sentir miedo a que se les niegue la prestación del servicio, de gastar más de lo que pueden pagar, de que se les tache de inmorales, de someterse a exámenes, de perder la capacidad sexual, de quedar estériles o ser incapaces de procrear y de que se produzcan enfermedades como infecciones y cáncer por el uso de los anticonceptivos.

El varón suele sentir miedo de perder el respeto a sí mismo, su rol como jefe de familia, el respeto de quienes lo conocen y su capacidad de dar y recibir placer sexual.

En la relación de pareja se presenta el temor de que el compañero o cónyuge dude de la fidelidad del otro como consecuencia del uso de algún método.

³⁴ Ibidem pág. 3

Pero no solo eso, entre la población suelen presentarse ideas que interfieren en la aceptación de los métodos anticonceptivos. Estas han surgido por situaciones que se han presentado, bien por coincidencia o accidentalmente, por ejemplo, algunas parejas que después de usar por varios años un anticonceptivo deciden tener su primer hijo y no lo logran, o mujeres que han abortado y el producto nace junto con el DIU que ella tenía colocado, entre otros.

Sin embargo algunos temores pueden tener otros fundamentos, con respecto a que los anticonceptivos causan cáncer se puede decir que, según los resultados de un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud, los hormonales orales tienen un efecto protector contra el cáncer de endometrio y de ovario pero aumentan el riesgo cáncer de mama y de cérvix, no obstante, mencionó que dicho aumento puede deberse a características del comportamiento sexual de las usuarias o de su compañero sexual³⁵

1.7 FACTORES DE TIPO MEDICO Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

A SEXO

La marcada participación que tiene la mujer en el uso de algún método anticonceptivo con fines de planificar su familia se debe a que la información que se proporciona está dirigida con mayor frecuencia a esta población, como consecuencia de la introducción de los llamados "*métodos modernos*", es decir, la píldora, el DIU, los inyectables y, más recientemente, el Norplant, que son exclusivamente de uso femenino.

Además esto también se debe a razones como la amenaza real a la salud de la mujer, el fuerte vínculo entre planificación familiar y la liberación femenina, y a la decisión política y práctica de prestar los servicios de planificación familiar a través de las redes de atención materno-infantil, lo que ha resultado en que los hombres sean excluidos de muchos programas, bien sea deliberadamente o por omisión.

El doctor Potts, miembro de la Federación Internacional de la Planificación Familiar (I.P.P.F. por sus siglas en inglés), mencionó a los hombres como "la mitad olvidada en la planificación familiar" y dijo que si la vasectomía o los condones se

³⁵ Mundo Médico, Vol. 20, No. 224, Dic. 1992, págs. 70-76

pusieran a disposición de los hombres, estos los aceptarían y los usarían por lo que el impedimento clave se encuentra a nivel de los proveedores y no de los hombres³⁶

Pero ¿están los hombres participando más en la planificación familiar? Para responder estas preguntas es necesario considerar dos temas: el uso de los llamados “*metodos masculinos*” (condones, vasectomía, el retiro y la abstinencia periódica), y el papel del hombre en la pareja como parte que toma la decisión de planificar la familia, independientemente del método utilizado.

A partir de la década de los 80's hubo tres factores que desencadenaron una mayor atención hacia el papel del hombre:

- 1) El surgimiento del SIDA y su rápida propagación a través del contacto heterosexual.
- 2) La atención que se les ha dado a los derechos de las mujeres, por lo cual se han realizado conferencias que informan a la gente sobre la morbi-mortalidad materna e infantil. Esto ha hecho que los hombres comprendan que ellos pueden hacer algo para evitar la muerte de la mujer por el parto, y
- 3) La difusión de la vasectomía sin bisturí.³⁷

En la mayoría de las sociedades los hombres desempeñan un papel dominante en la toma de decisiones sobre la fecundidad y planificación familiar. Numerosos estudios han demostrado que la pareja de la mujer no sólo influye en la decisión sobre si planificará su familia, sino también afecta la manera en que ella utilizará el método seleccionado.

Un tercio de los hombres consideran que la planificación familiar debe ser decisión de la pareja y los dos tercios restantes dicen que es exclusivamente masculina.³⁸

Aunque las actividades masculinas son cada vez más positivas, todavía existen obstáculos significativos. Los hombres tienen inquietudes sobre la planificación familiar: temen perder sus hijos, a los métodos que tienen la reputación de no ser inocuos, y temen, probablemente con toda razón, que pueda cambiar el equilibrio del control social entre los hombres y las mujeres.

³⁶ Network en español, vol. 7, No. 3, Octubre de 1992, pág. 4

³⁷ *Ibidem* pág. 6

³⁸ *Ibidem* pág. 7

B EDAD Y PARIDAD

Un embarazo puede verse amenazado por ciertos problemas de salud o factores de la mujer y del producto. Cuando una gestación se caracteriza por estos problemas se denomina “embarazo de alto riesgo”. Esta situación pone en peligro la vida del binomio madre-hijo.

La edad materna de 20 años o menos, y de 35 años o más, la paridad, nuliparidad, multiparidad (cinco o más partos) , el ser soltera, pertenecer a un grupo socioeconómico bajo y la educación limitada son algunos de los factores que convierten a un embarazo de alto riesgo ³⁹

La mortalidad materna durante el embarazo o el parto es casi tres veces más alta entre las mujeres de 15 a 19 años de edad que en el grupo de 20 a 24

Los hijos de madres adolescentes tienen más probabilidades de morir, nacer prematuramente o de pesar poco al nacer. Además con frecuencia el embarazo de una adolescente es el inicio de una vida muy difícil: expulsión de la escuela, problemas con los padres, pocas oportunidades de trabajo - de haberlas-, y el criar al niño sola.

En México hay un cuarto de millón de madres solteras menores de 18 años de edad. ⁴⁰

También la supervivencia infantil se ve afectada en gran manera por el espaciamiento entre los partos. La posibilidad de morir en la primera infancia es un 66% mayor en los niños nacidos con un intervalo menor de dos años respecto al hermano que le precede. Así mismo aumenta la posibilidad de que su desarrollo físico e intelectual sea insuficiente en caso de que logre vivir.

Un intervalo mayor de dos años es el que menos riesgos representa. Si este se mantuviera se evitarían aproximadamente 1 de cada 5 muertes infantiles.

Después del cuarto parto el peligro de mortalidad fetal y neonatal aumenta, así como el riesgo en la madre de presentar hemorragias u otras situaciones que ponen en riesgo su salud y hasta su vida.

Un estudio que realizó la Cooperativa Estadística Obstétrica comprobó la relación positiva entre el orden de nacimientos y las muertes fetales y neonatales. Cuando una

³⁹ Burroughs Arlene, Enfermería Materno-Infantil de Bleier, pág. 144

⁴⁰ Network, Op. cit. pág. 17

mujer ha tenido 4 partos, el promedio de la mortalidad era de 2.6%. en el quinto parto. de 3.8%, en el sexto de 4.7% y en el séptimo de 5.6%.⁴¹

Las mujeres con más de 35 años de edad tienen 5 veces más probabilidades de morir durante el embarazo o el parto que las que tienen entre 20 a 30 años.⁴²

La hipertensión gestacional se presenta con más frecuencia en multiparas que en nulparas y más a menudo en las menores de 20 años de edad que en las mayores de 35.

La hiperemesis gravídica puede desencadenarse en parte por factores psicológicos relacionados con el rechazo del embarazo por parte de la mujer.

La incidencia en la presencia de la mola hidatiforme aumenta en mujeres mayores de 40 años de edad con tres o más embarazos previos. También el desprendimiento prematuro de la placenta es más común en multiparas o mujeres de edad avanzada.

El riesgo de tener un hijo vivo con alteraciones cromosómicas se incrementa a 1 de cada 100 niños después de los 40 años.⁴³

La mortalidad materna ha disminuido notablemente. no obstante, factores socioeconómicos como la falta de atención prenatal y de servicios de planificación familiar, una deficiente educación sanitaria, y quizás las deficiencias dietéticas e higiénicas que se presentan en algunas poblaciones aumentan su incidencia.

⁴¹ Manisoff T Minam. Op. cit. pág. 25

⁴² Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania, ; Despertad '. 22 de febrero de 1993, pág. 6

⁴³ Pritchard Jack A. Op cit pág 777

2. RESULTADOS.

2.1 ANÁLISIS DE CUADROS

Al realizar el servicio social en el Municipio de Acaxochitlán, Estado de Hidalgo, se observó que a pesar del aumento en el número de usuarios nuevos de métodos anticonceptivos, el de los activos casi no aumentaba. Esta situación se debía a que muchos desertaban del Programa de Planificación Familiar (P.P.F.) pasando a ser usuarios dados de baja.

Por esta razón se decidió realizar esta investigación en la que se estudiaron factores del personal que presta sus servicios en la Estrategia de Extensión de Cobertura (E.E.C.) que en total son 14, así como de las personas dadas de baja en forma temporal y definitiva del P.P.F. las cuales ascienden a un número de 60 y pertenecen a las comunidades Techachalco, Yemila, Cuaunepantla, Tlazintla, Monte Mar y Tlamimilolpa del módulo I, y San Pedro, San Mateo, Ejido de Techachalco y Canales del módulo II.

Con respecto al personal se consideraron la competencia técnica, la promoción que realizan de los métodos anticonceptivos, la calidad de información que brindan, y la disponibilidad y abastecimiento de los anticonceptivos. De las personas dadas de baja del P.P.F. los siguientes factores: edad, sexo, estado civil, escolaridad, religión, aceptación del cónyuge, nivel de información sobre los métodos anticonceptivos, nivel socioeconómico, accesibilidad a los servicios de salud, ideas erróneas sobre planificación familiar, paridad y seguimiento - si es que recibieron este último -

El instrumento de recolección de datos utilizado con los prestadores de servicios fue una guía de observación, y con las personas dadas de baja un cuestionario. (Ver anexos)

2.1.1 Factores de los prestadores de servicios

Para poder valorar la competencia técnica del prestador de servicios se definió como "suficiente competencia técnica" cuando obtuvieron un 80% a más de aciertos en la primera parte de la guía de observación, y como "insuficiente" al obtener menos.

Los resultados obtenidos en cuanto a las supervisoras de auxiliares de salud (S A S) son 1 tiene suficiente competencia técnica mientras que la otra, específicamente la del módulo I, calificó en forma insuficiente faltándole conocimiento sobre efectividad y efectos adversos de los anticonceptivos.

Ambas S.A.S. desconocen la mayoría de las indicaciones y contraindicaciones.

También se observó que la S.A.S con insuficiente competencia aborda a los usuarios de manera poco amable y respetuosa.

Esta situación puede deberse a que la S A S que calificó con suficiente competencia técnica es una enfermera general titulada mientras que la otra sólo tiene la primaria terminada. Por ésta razón se puede decir que los servicios que brinda a la población no tienen la calidad necesaria al no cumplir con los requisitos indispensables para ser supervisora, entre estos ser un personal de enfermería de nivel general, técnico o auxiliar con experiencia en trabajo de campo y tener habilidades para la supervisión y la capacitación en servicio (Ver cuadro No. 1 pág 56)

Referente a las auxiliares de salud (A.S) se encontró que 4 calificaron con suficiente competencia técnica y las 6 restante con insuficiente. Únicamente tres conocen la efectividad, indicaciones y contraindicaciones; y sólo 2 tienen conocimiento de los efectos adversos que se presentan con mayor frecuencia al usar algún método

De las 6 A.S. que calificaron de manera insuficiente cuatro son del módulo I y 2 del módulo II, por lo cual se puede observar que 2 A.S del primer módulo están mejor capacitadas que su S.A.S., esta situación se debe principalmente a que tienen mucha iniciativa y les gusta estar bien informadas por lo cual preguntan cuando desconocen algo y estudian por su cuenta auxiliándose de los folletos que les proporciona la Secretaría de Salud (S.S.A.) y en el cuaderno técnico No 12 que contiene los conocimientos básicos que deben poseer sobre los diferentes programas que maneja la E.E.C para prestar sus servicios a la comunidad. Además comentaron que muchas de sus dudas han sido resueltas por los pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia que las han capacitado con anterioridad.

El 50% de las A.S. estudiadas del módulo II posee una competencia técnica insuficiente a pesar de que su S.A. es competente, esto se debe a que una de ellas tenía menos de 3 meses como voluntaria en la E.E.C. y aún no se le daba su capacitación

introdutoria, la otra refirió que no recibía capacitación de parte de su supervisora (Ver cuadro No. 2 pág 57)

Referente a los técnicos en atención primaria a la salud (T A P S). a pesar de no ser personal específico de la E E C las dos cuentan con una competencia técnica suficiente, sin embargo, no desempeñan las funciones que deben según su perfil como es el de capacitar a las A S

Tanto S A S como A S y T A P S desconocen las indicaciones y contraindicaciones de los métodos, motivo por el cual no otorgan la información correcta al realizar la promoción, o al proporcionar la primera consulta de planificación familiar, propiciando que las personas ignoren qué método les conviene más según sus necesidades y circunstancias, o cuál otro pudieran elegir en caso de que éste les provoque efectos adversos intolerables (ver cuadro No 3 pág 58)

Otro factor que se analizó de los prestadores de servicio fue la calidad de información que brindan tanto a las personas como a los usuarios de algún método anticonceptivo, para esto se realizó una lista dentro de la guía de observación que permitiera ver en forma específica lo que se necesitaba calificar y que es la base de una buena calidad de información.

De esta manera se consideró que proporcionan “ información con calidad “ a quienes obtuvieron un 75% o más de aciertos en la parte II de la guía de observación y como mala con menos de 75%

De las S.A S 1 otorga mala calidad de información, ya que no siempre escucha a las personas, no les hace preguntas, no reafirma la manera correcta de usar el anticonceptivo, tampoco de a conocer los efectos adversos que se pueden presentar, no permite que la persona elija de manera personal el método que más le convenga En tanto que la otra S.A.S alcanzó a calificar con buena calidad a pesar de que tampoco verifica que la persona haya entendido lo que se le explicó sobre los diferentes métodos anticonceptivos, no pone ejemplos, ni realiza un interrogatorio apropiado para descartar la presencia de factores que contraindiquen su uso, y nunca menciona la posibilidad de realizar un examen físico previo a la primera dosis del método elegido.

Cabe considerar que ambas supervisoras informan a las personas que llevarán un control y seguimiento a través de consultas mensuales

Este resultado refleja realmente que la calidad de información que brindan va acorde con la competencia técnica que tienen, lo cual repercute en la deserción del P.P.F.

Hay que recordar que definir “*calidad*” dentro de los servicios de planificación familiar es satisfacer las necesidades del usuario en lo que respecta a su salud y bienestar reproductivo, ofreciendo seguridad, efectividad y conveniencia para la población, y que uno de los elementos básicos para lograr la calidad es, precisamente, brindar una correcta información al usuario (Ver cuadro No 4 pág 59)

El resultado que se obtuvo de las A.S. es el siguiente 3 de ellas brindan información de calidad, mientras que las 7 restantes no. De estas últimas 4 corresponden al módulo I y 3 al módulo II.

Ninguna de las 10 A.S. verifica que las personas hayan entendido la información que se les proporcionó sobre los diferentes métodos anticonceptivos. De las 3 que calificaron con buena calidad sólo 1 no realiza interrogatorio ni examen físico.

De las 7 A.S. que no brindan buena calidad de información su mayor falta se encuentra entre los siguientes indicadores: no ponen ejemplos, no realizan interrogatorio ni examen físico y no ponen énfasis en los efectos adversos.

De esta forma se determinó que 4 de las A.S. del módulo I brindan mala calidad de información al igual que su supervisora, y 2 que tienen la iniciativa de aprender resultaron mejor que ella.

De acuerdo con las A.S. del módulo II sobre el que su supervisora no las capacita, se obtuvo que 3 otorgan información de mala calidad, esto se debe a que a pesar de que su S.A.S. es competente y otorga información de calidad no las capacita ni asesora en forma adecuada. Sólo 1 A.S. que se preocupa por investigar otorga información de buena calidad. (Ver cuadro No. 5 pág 60)

Las 2 T.A.P.S. brindan información con mala calidad al ofrecer los diferentes anticonceptivos. Ninguna pone ejemplos, no realizan interrogatorio ni examen física para descartar situaciones que contraindiquen su uso, no mencionan los efectos adversos y no verifican que los informados hayan entendido lo necesario para elegir el método que más les convenga.

Además 1 de ellas no hace preguntas para conocer las necesidades de la persona y, en la mayoría de las ocasiones, no permite que elijan en forma personal el método más conveniente según sus necesidades

Dentro de las características de la T.A.P.S., según su perfil, se encuentra el que debe de tener los conocimientos suficientes para proporcionar métodos anticonceptivos temporales, describir cada uno así como sus indicaciones, contraindicaciones, forma de uso y efectos adversos (Ver cuadro No 6 pág. 61)

La promoción consiste en dar a conocer la variedad de métodos anticonceptivos existentes con la finalidad de aumentar el número de personas interesadas en el uso de éstos.

En la S.S.A, desde el nivel central hasta el jurisdiccional. se organiza, coordina y dirige la promoción que, finalmente, se lleva a cabo en los módulos por las S.A.S., A.S y T.A.P.S quienes están conscientes de que son el principio para el éxito de todo programa, y en este caso el de planificación familiar.

Se consideró que “ SI “ se realiza promoción si el personal de la E.E.C. la efectuaba de manera informal o en caso de planear y llevar a cabo visitas domiciliarias, entrevistas personales y/o técnicas grupales con ese fin, y como “ NO “ cuando no realizaban ninguna de estas actividades.

Por lo tanto se encontró que 1 de las S.A.S. si hace promoción al realizar ambas actividades mientras que la otra no lleva a cabo ninguna actividad al respecto, por lo cual el peso de la promoción en las comunidades que le corresponden recaen sobre las A.S

De las A.S. se puede decir que 5 si realizan promoción, de éstas, 4 aprovechan el tiempo que están en la comunidad para promover los métodos, la otra restante, además programa visitas domiciliarias, entrevistas y técnicas grupales. Cabe mencionar que la S.A.S. de éstas últimas no realiza actividades de promoción; sin embargo, la A.S demuestra su capacidad en beneficio de la comunidad.

Las 5 A.S restantes no realizan promoción, a algunas de ellas no les gusta a pesar de saber la gran importancia que tiene, a otras se les dificulta realizar esta actividad por no saber como hacerlo y por falta de conocimientos sobre el tema, otras

piden ayuda a las S.A.S y a las T.A.P S pero no la reciben por lo que se ven obligadas a desistir

De las T.A.P.S se encontró que sólo 1 si realiza promoción cuando va a las comunidades pero no programa visitas domiciliarias La otra, al igual que sus compañeras S.A.S., no realiza ninguna actividad de promoción por lo que el número de personas interesadas en el uso de algún método no aumenta, y las que ya utilizan alguno lo abandonan al presentarse algún efecto adverso debido a que no se les informa que esto es temporal y que son más los beneficios que se adquieren con el uso. (Ver cuadro No 7 pág 62)

Otro factor que se analizó es la disponibilidad de métodos anticonceptivos En este se consideraron dos indicadores. 1) ver que el prestador de servicios dispone de todos los métodos que maneja la E E C cuando brinda información a los interesados en utilizar alguno o a quienes desean cambiar el que están usando; 2) observar que el interesado sea referido en forma adecuada en el caso de elegir un método que no otorga la E.E.C..

En base a esto se consideró que “ SI “ hay disponibilidad si el prestador de servicios cuenta con los tres métodos anticonceptivos que maneja la E.E.C. cuando proporciona información; a saber, preservativo, hormonal oral y hormonal inyectable. Y como “ NO “ en caso de faltarle alguno

Ambas S.A.S. refieren adecuadamente a las personas que eligen un método fuera de la E.E.C. por lo que sus necesidades de planificación familiar quedan satisfechas al poder utilizar el DIU o realizarse la vasectomía o la OTB Sin embargo, una de ellas no dispone de los tres métodos de la E E C. al brindar información, ésta situación se debe principalmente a una mala organización y distribución que tiene sobre los métodos lo que origina que en ocasiones se quede sin ninguno. (Ver cuadro No. 8 pág 63)

8 de las A.S si tienen disponibles los métodos al otorgar información, mientras que las dos restantes no. 9 de ellas refieren adecuadamente a los interesados en usar un método que no es de la E.E.C y sólo una no sabe hacerlo debido a que, según referencias de ella misma, nunca se le ha capacitado en como realizarlo. (Ver cuadro No. 9 pág 64)

Sólo una de las T.A.P S refiere en forma adecuada, la otra no. debido a que no entrega la hoja de referencia- contrarreferencia.

Ninguna dispone de todos los métodos al proporcionar información, esto se debe a que las S.A S. son quienes manejan directamente los métodos anticonceptivos y se los prestan a las T A P S para que trabajen

Además se pudo observar que no existe una adecuada coordinación entre S.A.S y T.A.P.S lo que no permite que se de un trabajo en equipo menguando así la calidad de los servicios que proporcionan.

Es importante que se disponga de todos los métodos cuando se brinda información a las personas, pues de esta forma ellas podrán tener una idea más clara de cada uno lo cual contribuirá a que se les facilite a decidirse por el más adecuado según sus gustos y necesidades De hecho el personal de la E.E.C debe elaborar un muestrario que debe permanecer en cada una de las casas de salud para que sea utilizado en caso necesario. Dicho muestrario debe contener todos los métodos disponibles en la S.S.A.; es decir, los hormonales orales, los hormonales inyectables, el dispositivo intrauterino (DIU), la salpingoclasia (OTB) y la vasectomía De los dos últimos lo que se coloca es un dibujo esquematizando el corte de los conductos

A pesar de esto se observó que en la mayoría de las casas de salud no existía este instrumento y cuando lo había no se utilizaba, evitando así que la persona interesada tuviera una idea más objetiva de cada opción anticonceptiva. (Ver cuadro No 10 pág 65)

El abastecimiento de métodos se calificó sólo en las S.A.S. debido a que ellas son las que reciben el material anticonceptivo directamente de la Jurisdicción o Centro de Salud para posteriormente distribuirlo a las A.S .

Se determinó que “ SI “ hay abastecimiento de métodos cuando a las S.A.S se les proporcionan a tiempo y, a su vez, ella hace lo mismo con las A.S.; y como “ NO “ en caso contrario

Se identificó que ambas S.A.S se les reparte con anticipación el material necesario para los usuarios activos que reportan las A.S.. Sin embargo, 1 de ellas no lo

distribuye a tiempo a sus A.S. por lo que a veces ellas mismas tienen que ir al Centro de Salud a pedirlos.

Se observó que en ocasiones la S.A.S. no revisa la carpeta de la A.S. en forma adecuada y que era la misma A.S. o la T.A.P.S. quien pasaba el reporte de la carpeta a la hoja de registro de la S.A.S. anotando en forma errónea el número de usuarios activos, es decir, menos de los reales, originando que a algunos usuarios no se les otorgue su método en la fecha indicada y por consecuencia con el tiempo pierdan su confianza en las A.S. abandonando el uso del método (Ver cuadro No. 11 pág. 66)

2.1.2 Factores de las personas dadas de baja del P.P.F.

El sexo y la edad son dos de los factores que se consideraron con importancia para este estudio debido a que la edad es determinante en el uso de algún método anticonceptivo pues las precauciones y contraindicaciones de algunos se basan en ello, además, unos métodos se recomiendan más en un periodo determinado de edad que otros.

El sexo de las personas es importante para conocer el grado de participación que tienen en la planificación familiar y como ha repercutido en la población.

De la población en estudio predomina el sexo femenino con un 88.6% y el restante 11.4% pertenecen al sexo masculino.

Del sexo femenino el 67.1% se encuentra entre las edades de 21 a 35 años, edad en la que el cuerpo posee las mejores condiciones para ser reproductivo, por lo que al existir vida sexual activa y no usar un método anticonceptivo se corre el riesgo de quedar embarazada; sin embargo, en esta edad un embarazo ofrece mínimas posibilidades de riesgo.

Un 6.6% tiene edades entre los 14 y 20 años, y un 14.9% entre 36 a 45; estos grupos son de gran importancia debido a que se encuentran en edades en las que el riesgo es grande en caso de llegar a embarazarse. Por ejemplo, quienes cuentan con 14 a 20 años corren el riesgo de tener problemas pues aún no alcanzan la madurez total como para darle al nuevo ser lo necesario tanto física, emocional y económicamente; además

de agregar otros problemas de salud que pudieran presentarse con la gestación a esta edad como la hipertensión e hiperemesis gravidica por mencionar algunas.

Entre los 36 a 40 años los riesgos van aumentando ya que las condiciones físicas de la mujer se van deteriorando y con ellos el código genético lo que resultaría en un embarazo de alto riesgo por las alteraciones cromosómicas y, por lo tanto, riesgo en la salud materno-fetal

Otro aspecto importante es que la tasa de mortalidad materna es más sensible según avanza la edad de la mujer, por eso, a éste indicador hay que tomarlo en cuenta al informar sobre los métodos anticonceptivos

En el caso del sexo masculino se encontró que el 6.6% tienen edades de 36 a 40 años y un 4.8% entre 21 a 35 Aunque en el caso de los hombres el riesgo es menor, al igual que las mujeres la edad juega un papel significativo debido a que al ir pasando los años la salud va menguando y también la capacidad de reproducción lo cual aumenta el riesgo de propiciar enfermedades genéticas.

Es por esto que la planificación familiar juega un papel primordial pues la buena planeación reduce riesgos innecesarios y ofrece mejores condiciones de vida a la familia. (Ver cuadro No. 12 pág. 67)

Con respecto al estado civil se obtuvo que el 83.5% de las personas entrevistadas son casadas, el 11.6% se encuentra en unión libre, el 3.3% son solteras y el 1.6% viudas. Así se puede decir que un porcentaje considerable (95.1%) tiene una pareja sexual estable por lo cual su riesgo de procrear aumenta al no utilizar algún anticonceptivo

Cabe mencionar que las personas solteras, que en este caso son del sexo femenino, mencionaron que el método anticonceptivo no lo usaban para evitar un embarazo sino para agregarlo al shampoo “ para que el pelo le saliera más bonito “ o a las plantas “ para que dieran flores más bonitas “, sin embargo, puede ser que ésta información no sea cierta y realmente mantengan relaciones sexuales que las ponga en riesgo de quedar embarazadas lo que les traería con mucha probabilidad, una situación de crisis tanto emocional como económica.

Emocional debido a que el embarazo en una mujer soltera es muy repudiado por la sociedad y con mayor énfasis en estas comunidades lo que aumentaría la

preocupación de la mujer pudiendo llegar a sufrir rechazos. La crisis económica se presentaría porque en estas zonas la mujer por lo general, no trabaja, sino que sólo se dedica a ser ama de casa careciendo así de ingresos económicos. En caso de presentarse ésta situación no sólo saldría afectada la mujer sino también el producto que concibiera. (Ver cuadro No. 13 pág. 68)

Con respecto a la escolaridad se identificó que de las personas del sexo masculina un 5 0% tiene secundaria completa, otro 5 0% la primaria completa y un 1 6% primaria incompleta

Del sexo femenino el 38.7% completó su educación primaria y un 6.6% la secundaria, el 16 6% y el 3.3% no terminaron la primaria y la secundaria respectivamente, y un porcentaje muy importante (21 6%) son analfabetas

Se puede observar que, en proporción, el hombre tiene mayores oportunidades de concluir la educación secundaria y que la primaria la terminaron ambos sexos en proporciones similares. Esta situación puede originarse por la idea que se tiene, especialmente en las áreas rurales, sobre que el hombre debe estar mejor preparado para contar con los elementos necesarios que le permitan desarrollarse en el ámbito laboral para poder mantener a su familia, mientras que la mujer no tiene mayor necesidad de seguir estudiando debido a que su rol sólo debe ser el de madre y ama de casa.

Además, el nivel de educación de la población estudiada es bajo lo que interfiere en la aceptación de nuevas ideas o conceptos de salud, afectando también la receptibilidad de la información que se le proporciona, en este caso acerca de los métodos anticonceptivos (Ver cuadro No. 14 pág. 69)

Al cuestionar sobre la religión que profesan las personas en estudio se obtuvo que el 90.1% practica la católica, el 8 3% es de la iglesia de dios que es una secta evangelista y el 1.6% no pertenece a ninguna. (Ver cuadro No. 15 pág. 70)

Es importante que el prestador de servicios considere cual religión practica la persona a quien se le proporciona información sobre planificación familiar, debido a que en ocasiones las ideas religiosas pudieran afectar la decisión de las personas en cuanto a planificar su familia se refiere.

Aunque algunas religiones critican severamente el uso de métodos anticonceptivos, todas aprueban el espaciar los embarazos en beneficio de la salud materno-infantil. El catolicismo, al recalcar la “ obligación “ que tiene todo individuo de procrear, aprueba únicamente el método del ritmo para el control natal. La mayoría de las sectas protestantes no se opone al uso de anticonceptivos

Sin embargo, al investigar que conocimientos tenían las personas dadas de baja sobre lo que su religión opina del uso de métodos anticonceptivos se detectó lo siguiente:

De los que practican la religión católica sólo el 31.6% mencionó que no acepta su uso por ser “ pecado “, a lo que al parecer hacen caso omiso pues éstas personas alguna vez los han usado. El 38.3% no sabe cuál es la opinión de su religión con respecto a este tema, el 11.6% mencionó que su religión no opina nada sobre el mismo, el 3.3% dicen que hacen daño a la salud y un 5.0% que la religión no prohíbe su uso

De la misma forma en la religión llamada Iglesia de Dios se encontraron diferentes opiniones: el 1.6% desconoce totalmente la opinión de su religión sobre éste tema, otro 1.6% mencionó que no les prohíben su uso, un 3.3% dijo que no acepta su uso y, contradictoriamente un 1.6% comentó que se les explica cada método, sus ventajas y desventajas para finalmente dejarlos que decidan por sí mismos el usarlos o no. (Ver cuadro No. 16 pág. 71)

También se les preguntó cuales son los métodos que ellas sabían que su religión permite usar, a lo cual se obtuvieron las siguientes respuestas: de los que practican el catolicismo el 32.0% opina que su religión no acepta el uso de ningún método lo cual concuerda con el 31.6% del cuadro anterior, un 30.0% no sabe si se les permite usar algún método o no, el 1.6% dice que todos excepto los definitivos y el 5.0% mencionó que sólo se les permite usar los naturales. Contrario a esto, un 21.6% dicen que les dejan utilizar todos.

Los que pertenecen a la Iglesia de Dios concuerdan más entre ellos, pues el 3.3% menciona que les permiten usar todos los métodos, otro 3.3% opina que sólo los naturales y el 1.6% que ninguno. (Ver cuadro No 17 pág. 72)

Tener bien definido en la mente el significado de planificación familiar para muchos resulta complicado y difícil, para otros el saberlo no es importante y por último hay quienes con sólo medio entenderlo se conforman. Sin embargo, para poder calificar este punto se retomó la definición utilizada en el marco teórico; a saber, planificación familiar “ es adoptar en forma voluntaria aquellas prácticas que mediante el espaciamiento de los embarazos y la finalización de la procreación a una edad relativamente temprana se consigue mejorar la salud y la superación familiar, modelando el tamaño de la familia al elegir el momento oportuno para otro embarazo, lo que propicia mejor entendimiento entre cónyuges, y entre padres e hijos “.

Se encontró que el 20% de las mujeres y el 5% de los hombres conocen el significado de “planificación familiar” y el resto no. Sin embargo, se observó que el 71.6% del total de entrevistados, aunque no conocen con exactitud el significado de planificación familiar, si saben cuál es el objetivo de usar métodos anticonceptivos pues la definen como una forma de no tener más hijos o de no tenerlos tan seguido.

Lo anterior es favorable debido a que conocen la existencia de medios a través de los cuales pueden planear el número de hijos que desean. (Ver cuadro No. 18 pág 73)

Para que un programa como el de planificación familiar tenga éxito es muy importante realizar buena promoción, y para ello se utilizan todos los medios al alcance. Para la planificación familiar los medios de comunicación masiva son un medio fácil y rápido de llevar información básica sobre este tema a mucha gente, pero con la información personalizada se obtienen mejores resultados.

Un 20.6% de los entrevistados obtuvieron información sobre el concepto de planificación familiar a través de los medios de comunicación masiva, S.A.S. y A.S., 19.9% de los médicos del centro de salud o particulares, el 13.2% de médicos y A.S., y un 6.6% de S.A.S., T.A.P.S y otros medios

Lo anterior permite ver que la participación de los prestadores de servicios en cuanto a la promoción que realizan no es muy significativa ya que la mayoría de la gente se entera a través de otros medios.

Por esto el prestador de servicios debe comprometerse a llevar información a las personas de las comunidades a su cargo, a buscar una mejor competencia técnica para

aumentar su calidad y la de los servicios que presta. Hay que recordar que el usuario se debe sentir agusto desde que solicita el servicio hasta que su necesidad de planificación familiar ha sido satisfecha (Ver cuadro No. 19 pág. 74)

El que las personas estén informadas sobre la variedad de métodos anticonceptivos que existen les permite saber que otro método pueden llegar a usar en el caso de presentar efectos adversos intolerables con el actual.

En esta ocasión se obtuvo que el 11.6% de las personas sólo conocen 1 método, es decir, el que utilizaron por única vez, el 18.3% conoce 2 métodos, el 23.8% 3 e inclusive el 1.6% sabe de más de 6 por lo que cabría suponer que pudieron haber elegido otro método para planificar su familia, más no fue así

Los 5 métodos que obtuvieron mayor incidencia en orden progresivo fueron: los hormonales orales, el preservativo, los hormonales inyectables, el DIU y la OTB. Pero también hubo quienes conocen otro método como la vasectomía, los óvulos y los naturales (Ver cuadro No. 20 pág. 75)

Al investigar cuál fue el último método anticonceptivo que utilizaron, se obtuvo que el 21.7% uso hormonales inyectables, el 35.0% hormonales orales y el 43.3% el preservativo. Esto permite ver que el porcentaje que utiliza métodos anticonceptivos exclusivos para varones es mayor que la cantidad de personas del sexo masculino entrevistadas, esta situación se presenta porque en estas ocasiones era la pareja, es decir la mujer, la que estaba inscrita en la carpeta y quien recogía el método que la A.S. le proporciona, tal vez por vergüenza del esposo, por falta de tiempo para recogerlo o porque existe mayor interés en la mujer en planificar su familia

Esto se debe a que por lo general, al hombre no le gusta que los demás se enteren que usa anticonceptivos ya que podrían calificarlo de "poco hombre". (Ver cuadro No. 21 pág. 76)

Al entrevistar a las personas sobre el conocimiento que tienen de la forma de uso del último método que utilizaron se encontró que, del 43.3% que utilizó el preservativo el 21.6% conoce en forma correcta su uso y el 21.6% no lo sabe con exactitud, de las

que utilizaron hormonales orales el 20.0% si lo sabe y el 15.0% no, y del 21.8% que usaron hormonales inyectables el 16.6% si conoce su uso y el restante 5.2% no.

Es decir que casi la mitad desconoce la forma de uso, lo cual puede deberse a que la calidad de información que otorga la mayoría del personal de la E.E.C. es mala o a que estas personas no escucharon con atención cuando se les estaba otorgando dicha información. Además se puede agregar que el 18.2% de estas personas tienen escolaridad de primaria incompleta y el 21.6% es analfabeta, razón por la cual su nivel de percepción es baja (Ver cuadro No 22 pág 77)

También se cuestionó acerca de cuanto conocían de los efectos adversos que causa el último método utilizado, y se encontró que de los que usaron preservativo el 6.6% sí los conoce y el 36.9% no, del 34.9% que utilizan hormonales orales el 6.6% si los conoce y el 28.3% no, y finalmente de los que utilizaron hormonal inyectable el 10.0% tiene conocimiento de los efectos adversos y el 11.6% no

Por lo tanto el 23.2% si conoce los efectos adversos del anticonceptivo que empleó por última vez y el 76.8% no. Este resultado tan desfavorable es sin duda propiciado por la mala calidad de información que se les ha brindado, pues sólo 1 S A S y 3 A.S. si conocen los efectos adversos y los informan a quienes se interesan en el uso de alguno. (Ver cuadro No. 23 pág 78)

Para calificar el nivel de información de los usuarios dados de baja, se consideró como “ *suficiente calidad* “ a quien obtuvo un 80% o más de aciertos de las preguntas 8 a la 12 del cuestionario aplicado, y como “ *insuficiente* “ a quien obtuvo menos del 80%.

Se encontró que un 46.7% tiene suficientes conocimientos básicos sobre lo que es planificación familiar, sus diferentes métodos anticonceptivos, indicaciones y contraindicaciones, ventajas y desventajas, presentación y efectividad; pero el 53.3% tiene conocimientos insuficientes

Aunque casi la mitad de los entrevistados tiene un nivel de información aceptable, el 76.8% del total no conoce los efectos adversos de los métodos que ya utilizaron, un 41.8% no sabe cuál es la correcta forma de uso, un 17.0% no ha obtenido

información a través de los diferentes medios y, finalmente, un 35 0% no conoce ni el significado ni el propósito de la planificación familiar

Es importante resaltar que el número de usuarios dados de baja con un nivel de información insuficiente es alto, esto se debe, en primer lugar, a que el nivel académico general de la población entrevistada es bajo incluso el 21.6% son analfabetas y, en segundo lugar, a que ninguno de los prestadores de servicios (S.A.S., A.S., T.A.P.S) verifica que las personas a quienes informan sobre los métodos anticonceptivos hayan comprendido con claridad, no dan a conocer las posibles reacciones adversas que se pueden presentar con el uso de los anticonceptivos y no realizan un adecuado seguimiento. (Ver cuadro No 24 pág 79)

Dentro de los motivos que tuvieron las personas dadas de baja para dejar de usar el método se identificaron los siguientes del 26 6% se debió a embarazo involuntario de los cuales el 10 0% usaba hormonales inyectables, otro 10.0% el preservativo y el 6 6% restante hormonales orales. Más de la cuarta parte de la población en estudio se encuentra enfocada en este rubro lo cual se relaciona con el 41 8% que no sabe cómo se usa, y el 76.8% que desconoce los efectos adversos.

Es de llamar la atención que varias de las personas que usaban el hormonal oral comentaron que tomaban una pastilla el día que tenían relaciones sexuales; además una de ellas mencionó que su esposo no le permite usar otro método pues teme que le sea infiel, y así, con el uso de las pastillas él observa cuando se la toma y cuantas le faltan al paquete

En una ocasión el embarazo resultó por el rango de error que tienen los métodos en su efectividad anticonceptiva, en este caso el hormonal inyectable.

Las alteraciones menstruales persistentes fueron otro motivo de deserción y corresponde al 10.0% de los cuales el 6 6% usaban el hormonal inyectable y el 3.4% el hormonal oral Como ya se indicó, los prestadores de servicios no informan a los usuarios sobre los efectos adversos que se pueden presentar al usar los anticonceptivos, ni les sugieren el uso de otro cuando este les provoca reacciones que persisten por más de seis meses

Otro motivo fue que la persona simplemente ya no quiso seguir usándolo

(21.6%) correspondiendo el 11.6% a los hormonales orales, el 6.6% al preservativo y el 3.4% al hormonal inyectable, esto hace pensar que la promoción, la atención, brindada al usuario y el seguimiento que se realizan en forma inapropiada interviene para que esta situación se presente. Además, algunas personas mencionaron que, justo con su pareja, decidieron usar un método natural (del ritmo) para planificar su familia. Sin embargo, aunque la efectividad de este método es entre el 70 y 80% puede disminuir debido a que muy pocas mujeres tienen ciclos menstruales de duración uniforme lo que dificulta calcular con exactitud los períodos de infertilidad elevando, así, el riesgo de embarazo.

Un motivo más fue el que el cónyuge ya no acepta el método, de los cuales un 18.3% de la población corresponde a los que usaban preservativo y el 1.6% hormonal oral; esto pone de manifiesto que aún el varón es quien menos se interesa en el uso de anticonceptivos para planificar la familia.

El 5.5% dejó el método por ausencia de cónyuge, esto corresponde a dos mujeres solteras y una viuda. Un 3.4% lo dejó por haber planeado un nuevo embarazo.

El restante 13.0% corresponde a diversos motivos, entre ellos: 1) Dolor intenso de cabeza, intenso dolor de estómago y aparición de paño o cloasma los cuales son problemas que suelen presentarse como efectos secundarios, no obstante, como ya se mencionó, esta información no se les proporciona adecuadamente y, además, no se detecta la presencia de estos durante las consultas de control por lo que se hacen persistentes e intolerables provocando que sean un factor para abandonar el uso del anticonceptivo., 2) Existencia de hipertensión y diabetes mellitus que son situaciones en las que se debe tener precaución cuando se administra un método hormonal debido a que pueden provocar alteraciones graves en la paciente, 3) Lactancia, es un motivo que contraindica el uso de hormonales combinados por lo menos durante los primeros seis meses. Sin embargo, se puede sugerir el uso de otro método, pero esto no se llevó a cabo, 4) Falta de suministro. En esta ocasión la persona refirió que las dos últimas veces que asistió con la A.S. para que se le proporcionara el método no se le otorgó por falta de este, por lo cual decidió dejar de usarlo, y 5) El cambio de auxiliar que reduce en los usuarios la confianza que tenían y más aún cuando la S.A.S. realiza dicho cambio sin avisar al Delegado o al Comité de Salud para que se seleccione a la persona más idónea. (Ver cuadro No. 25 pág. 80)

Pensando en que la planificación familiar no es decisión de una persona, se consideró el conocer cuántos de los cónyuges de las personas dadas de baja de P.P.F aceptaban que su pareja utilizara algún método anticonceptivo. se encontró que el 88.2% si lo aceptaba, situación que puede deberse a la publicidad que se realiza a través de los medios de comunicación masiva en los cuales se hace referencia a que “ una familia pequeña vive mejor “, campañas que en la actualidad se han enfocado a incrementar la participación del varón, lo cual abarca desde el tomar la decisión de planificar la familia, hasta ser él quien utilice el método anticonceptivo

Además no se debe pasar por alto que 4 A.S y 1 S.A S también realizan promoción de los diferentes métodos anticonceptivos cuando se encuentran en las comunidades.

El 6.8% restante no acepta que su pareja utilice un anticonceptivo; no obstante, estas personas usaron un método con el propósito de no tener más hijos o espaciar sus embarazos, buscando la manera de mejorar su calidad de vida, sin importar que para ello se opusieran a su pareja (Ver cuadro No. 26 pág 81)

Se identificó que la población en estudio tiene algunas ideas o temores acerca de los métodos anticonceptivos, por ejemplo, el 17.0% cree que los métodos causan enfermedades tales como diabetes mellitus, cáncer, defectos congénitos, enfermedad de los nervios, del riñón, dolor de estomago y de cabeza. Es propio mencionar que algunos de estos son efectos adversos que normalmente se presentan cuando se utilizan anticonceptivos pero que no les fueron informados a los usuarios o que no lo recuerdan. Con respecto a la diabetes mellitus y a la enfermedad del riñón, se debe tener precaución de administrar anticonceptivos hormonales cuando la mujer presenta alguna de estas debido a que se pueden provocar descompensaciones graves de la enfermedad por la interacción con el método. Referente a que causan cáncer, algunos estudios han demostrado que los hormonales orales aumentan en forma mínima el riesgo de padecer cáncer de mama y de cervix, pero tienen un efecto protector contra el cáncer de endometrio y de ovario.

El 6.6% piensa que los métodos causan esterilidad a cualquiera que los utilice, esta situación puede originarse porque se han reportado ocasiones en las que una persona

después de usar un anticonceptivo -especialmente de tipo hormonal- por más de tres años, decide embarazarse pero ya no lo logra. Un 5.0% cree que el DIU se encarna en la matriz, sobre esto se encontró un caso en el que el DIU causaba molestias por estar fuera de su lugar y una radiografía hacía creer a la usuaria que se le había encarnado. El 1.6% dice que el DIU pudre la matriz, al respecto puede comentarse que una contraindicación para colocar al DIU es el tener infecciones vaginales debido a que se pueden originar alteraciones graves en el aparato reproductor de la mujer que la pueden llevar a la pérdida de la matriz o incluso de la vida.

Otro 1.6% creen que los anticonceptivos matan a los bebés debido a que se han presentado abortos y óbitos fetales en personas que sin saber que estaban embarazadas los usaron.

También un 1.6% dice que detienen la menstruación, al respecto se han presentado casos en los que la menstruación no se presenta hasta que se suspende el uso del método. Además la población mayor de 40 años de edad utilizan anticonceptivos, esto es importante, ya que tal vez dichas personas están cursando por el inicio del climaterio y el cese de su menstruación la confundan con alteraciones provocadas por el método.

El restante 65.0% de la población entrevistada no hizo ningún comentario al respecto. (Ver cuadro No 27 pág 82)

Cuando se habla de la E.E.C. también se habla de mayor accesibilidad a los servicios de salud en las poblaciones rurales dispersas.

Para esta investigación se definió que había "muchoa accesibilidad" a los servicios de salud si los usuarios caminando tardaban menos de 30 minutos y el transporte era continuo para llegar al lugar donde se prestan los servicios de salud, principalmente a la casa de salud. Era "regular", si caminando tardaban entre 30 y 40 minutos y el transporte no era continuo y "escasa" en el caso de que tardaran más de 40 minutos y no hubiera transporte.

De esta manera se identificó que el 71.8% de las personas dadas de baja del P.P.F. tienen mucha accesibilidad para llegar a la casa de salud, un 16.6% tiene regular accesibilidad al requerir de 30 ó 40 minutos para poder llegar al lugar en cuestión, no

obstante el transporte era continuo. El restante 16% tiene escasa accesibilidad según la definición dada.

Lo anterior demuestra que pese a los esfuerzos por llevar los servicios básicos de salud a toda la gente, aún quedan comunidades muy alejadas que no tienen acceso a estos servicios y mucho menos a los de planificación familiar. (Ver cuadro No. 28 pag 83)

Al observar el nivel socioeconómico de las personas entrevistadas se obtuvo que el 81.6% pertenece al nivel bajo y el 18.4% al medio. Dicha situación refleja lo que ocurre frecuentemente en las comunidades rurales donde la mayor parte de la población pertenece a un nivel socioeconómico bajo, muy pocos al medio y escasos al alto. Además, generalmente las personas de familias con situaciones económicas privilegiadas suelen asistir a los servicios de salud con médicos particulares.

El indicador socioeconómico puede influir en la determinación de una persona sobre el usar o no un método anticonceptivo dependiendo de las perspectivas que se tengan para la familia; por ejemplo, el deseo de procurar a sus hijos una vida mejor y de progresar en la escala social, es decir, de llegar a tener mejor calidad de vida y mayor independencia económica podrían hacer que las parejas deseen planificar su familia. Al contrario, el ver a los hijos como el sustento económico de sus padres en la vejez o el considerar a una familia numerosa como una manifestación de hembra o de femineidad son factores que se oponen a la planificación familiar y por ende el uso de anticonceptivos (Ver cuadro No 29 pág 84)

Sobre el número de hijos en relación con la edad de las personas se detectó que los del grupo de 14 a 20 años tienen de 1 a 3 hijos. Aunque por paridad esto no representa una situación de riesgo para la salud materno-infantil, sí lo es, si se toma en cuenta la edad de la madre debido a que esta no es muy propicia para embarazarse, pues la tasa de muerte materna es tres veces más alta en este grupo que en el de 20 a 24 años de edad, así mismo, el bebé tiene más probabilidades de morir, de nacer prematuramente o de pesar poco al nacer.

Del grupo de edad de 21 a 35 años el 36.8% tiene entre 1 a 3 hijos, el 28.3% entre 4 a 6, y el 3.3% más de 6. A pesar de que en estas edades la mujer se encuentra en las mejores condiciones físicas para procrear, cuando ésta ha tenido más de 4 hijos corre el riesgo de padecer hemorragias y otras situaciones como: hipertensión gestacional, mola hidatiforme o hipotonía uterina posparto, con un nuevo embarazo o durante el parto. Además el peligro de mortalidad fetal y neonatal aumenta a un 2.6% o más.

Cabe mencionar que 3 de las mujeres que tienen entre 4 a 6 hijos se encontraban embarazadas en el momento de aplicar la entrevista, lo que como ya se mencionó pone en peligro su bienestar y el de su bebé.

Un 10.0% de las personas con edad entre los 36 a 45 años tienen de 4 a 6 hijos, un 8.3% más de 6 y el 3.3% de 1 a 3. En este rubro se observa que predominan las multiparas lo cual es un factor de riesgo para la salud materno-infantil.

Fue de llamar la atención que 3 mujeres de este último grupo estaban embarazadas al momento de la entrevista, lo que pone en riesgo su salud debido a que se encuentran en una edad en la que ya no es muy conveniente un embarazo y se tienen 5 veces más probabilidades de morir durante este o el parto que las mujeres de menor edad. Así mismo la integridad del bebé se ve amenazada ya que el riesgo de padecer alteraciones cromosómicas es de 1 de cada 100 niños.

Además si tomamos en cuenta el nivel económico de la población en estudio, es bajo, se puede decir que al tener más hijos trae consigo repercusiones serias en todo el ámbito familiar, desde emocionales hasta económicas. Es por ello que el prestador de servicios debe tomar en cuenta estos aspectos para que a partir de ahí discuta con la gente sobre los beneficios que le puede proporcionar el planificar su familia. (Ver cuadro No 30 pág. 85)

Al investigar si las personas habían recibido seguimiento por parte del personal operativo de la E.E.C., se obtuvo que al 26.6% si se le realizó, de estos a un 21.6% se lo efectuó la A.S. y al 5.0% la S.A.S.

El seguimiento que se realiza al usuario es con la finalidad de verificar periódicamente si está satisfecho con el método que utiliza y para ayudarlo a superar dificultades que impidan lo siga usando.

Muchos usuarios abandonan el método. principalmente porque desconocen los efectos adversos que produce, por esta razón los mecanismos de seguimiento deben incluir información desde la primera consulta sobre los efectos secundarios que pueden presentarse y la posibilidad de cambiar a otro método en caso necesario, dar citas próximas para revisar la satisfacción del usuario y, por último, hacer domiciliarias con esos mismos fines

En este caso el seguimiento se realizó a través de visitas domiciliarias que las A.S. y las S.A.S. efectuaron con la finalidad de conocer los motivos por los que las personas abandonaron el uso del método y para poder reconquistarlas, situación que no pudo lograrse

Al 73.4% restante no se le realizó seguimiento lo cual pone de manifiesto el poco interés que se presta a la población por parte del personal de salud.

Cabe mencionar que al hacer la entrevista se les informó a las personas sobre la posibilidad de usar otro método para planificar su familia, a lo que muchas personas respondieron favorablemente por lo cual se les refirió a la casa y al centro de salud para que ahí les fuera proporcionado (Ver cuadro No. 31 pág. 86)

2.2 CUADROS

CUADRO No 1
 COMPETENCIA TÉCNICA DE LAS SUPERVISORAS DE AUXILIARES DE SALUD

COMPETENCIA	SÍ		NO		TOTAL	
	Fo	%	Fo.	%	Fo.	%
CONOCIMIENTO SOBRE						
Efectividad	1	50	1	50	2	100
Presentación	2	100	0	0	2	100
Indicaciones y contraindicaciones	0	0	2	100	2	100
Ventajas y desventajas	2	100	0	0	2	100
Efectos adversos	1	50	1	50	2	100
Uso adecuado	2	100	0	0	2	100
Abordar a los usuarios de manera amable y respetuosa	1	50	1	50	2	100

Fuente: Guías de observación aplicadas, durante los meses julio y agosto de 1996, a las supervisoras de auxiliares de salud que laboran en las comunidades de los módulos I y II del Municipio de Acaxochitlan, Hgo.

CUADRO No 2
COMPETENCIA TÉCNICA DE LAS AUXILIARES DE SALUD

COMPETENCIA	SI		NO		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo.	%
CONOCIMIENTO SOBRE						
Efectividad	3	30	7	70	10	100
Presentación	10	100	0	0	10	100
Indicaciones y contraindicaciones	3	30	7	70	10	100
Ventajas y desventajas	6	60	4	40	10	100
Efectos adversos	2	20	8	80	10	100
Uso adecuado	8	80	2	20	10	100
Abordar a los usuarios de manera amable y respetuosa	9	90	1	10	10	100

Fuente. Guías de observación aplicada durante los meses de julio y agosto, a 10 auxiliares de salud que laboran en las comunidades de los módulos I y II del Municipio de Acaxochitlan, Hgo

CUADRO No. 3
 COMPETENCIA TÉCNICA DE LOS TÉCNICOS EN ATENCION PRIMARIA A LA
 SALUD

COMPETENCIA	SI		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
CONOCIMIENTO SOBRE						
Efectividad	2	100	0	0	2	100
Presentación	2	100	0	0	2	100
Indicaciones y contraindicaciones	1	50	1	50	2	100
Ventajas y desventajas	2	100	0	0	2	100
Efectos adversos	2	100	0	0	2	100
Uso adecuado	2	100	0	0	2	100
Abordar a los usuarios de manera amable y respetuosa	2	100	0	0	2	100

Fuente: Guías de observación aplicadas, durante los meses de julio y agosto de 1996, a los técnicos en atención primaria a la salud que laboran en las comunidades de los módulos I y II del Municipio de Acaxochitlan, Hgo.

CUADRO No 4
 CALIDAD DE INFORMACIÓN QUE LAS SUPERVISORAS DE AUXILIARES DE SALUD
 BRINDAN AL USUARIO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

CALIDAD DE INFORMACIÓN INDICADORES	SÍ		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Escucha	1	50	1	50	2	100
Aclara dudas	1	50	1	50	2	100
Hace preguntas	1	50	1	50	2	100
Ilustra con ejemplos	0	0	2	100	2	100
Usa lenguaje apropiado	2	100	0	0	2	100
Se apoya en materiales de información y Educativos	2	100	0	0	2	100
Permite que la persona elija el método	1	50	1	50	2	100
Verifica que la persona haya entendido la Información	0	0	2	100	2	100
Realiza interrogatorio y examen físico	0	0	2	100	2	100
Reafirma el uso adecuado del método elegido	1	50	1	50	2	100
Reafirma los efectos adversos del método	1	50	1	50	2	100
Informa a la persona que llevará un control y seguimiento	2	100	0	0	2	100
Registra la información	1	50	1	50	2	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No 5
 CALIDAD DE INFORMACIÓN QUE LAS AUXILIARES DE SALUD BRINDAN A LOS
 USUARIOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

CALIDAD DE INFORMACIÓN INDICADORES	SÍ		NO		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Escucha	9	90	1	10	10	100
Aclara dudas	5	50	5	50	10	100
Hace preguntas	6	60	4	40	10	100
Ilustra con ejemplos	3	30	7	70	10	100
Usa lenguaje apropiado	10	100	0	0	10	100
Se apoya en materiales de información y Educativos	6	60	4	40	10	100
Permite que la persona elija el método	8	80	2	20	10	100
Verifica que la persona haya entendido la Información	0	0	10	100	10	100
Realiza interrogatorio y examen físico	2	20	8	80	10	100
Reafirma el uso adecuado del método elegido	7	70	3	30	10	100
Reafirma los efectos adversos del método	3	30	7	70	10	100
Informa a la persona que llevará un control y seguimiento	9	90	1	10	10	100
Registra la información	10	100	0	0	10	100

Fuente. Misma del cuadro No. 2.

CUADRO No 6
 CALIDAD DE INFORMACIÓN QUE BRINDAN LOS TÉCNICOS EN ATENCIÓN
 PRIMARIA A LA SALUD A LOS USUARIOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

CALIDAD DE INFORMACIÓN INDICADORES	SÍ		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Escucha	2	100	0	0	2	100
Aclara dudas	2	100	0	0	2	100
Hace preguntas	1	50	1	50	2	100
Ilustra con ejemplos	0	0	2	100	2	100
Usa lenguaje apropiado	2	100	0	0	2	100
Se apoya en materiales de información y Educativos	2	100	0	0	2	100
Permite que la persona elija el método	1	50	1	50	2	100
Verifica que la persona haya entendido la Información	0	0	2	100	2	100
Realiza interrogatorio y examen físico	0	0	2	100	2	100
Reafirma el uso adecuado del método elegido	2	100	0	0	2	100
Reafirma los efectos adversos del método	0	0	2	100	2	100
Informa a la persona que llevará un control y seguimiento	2	100	0	0	2	100
Registra la información	2	100	0	0	2	100

Fuente: Misma del cuadro No 3

CUADRO NO. 7
 PROMOCIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE REALIZA EL PERSONAL
 OPERATIVO DE LA ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA QUE LABORA EN
 LOS MÓDULOS I Y II DEL MUNICIPIO DE ACAXOCHTLAN, HGO

PERSONAL	S.A.S.		A.S.		T.A.P.S		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo.	%	Fo.	%
Aprovecha el tiempo que está en la comunidad	0	0	4	28.8*	1	7.1	5	35.8
Programa y realiza pláticas, entrevistas y visitas domiciliarias	0	0	0	0	0	0	0	0
Realiza ambas actividades	1	7.1	1	7.1	0	0	2	14.2
Ninguna	1	7.1	5	35.7	1	7.1	7	50
TOTAL	2	14.2	10	71.4	2	14.2	14	100

Fuente: Misma de los cuadros No. 1, 2 y 3

CUADRO No 8
 DISPONIBILIDAD DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE TIENEN LAS
 SUPERVISORAS DE AUXILIARES DE SALUD.

CATEGORÍA ACTIVIDAD	SÍ		NO		TOTAL	
	Fo	%	Fo.	%	Fo	%
Dispone de todos los anticonceptivos	1	50	1	50	2	100
Cuanéo brinda información						
Refiere adecuadamente	2	100	0	0	2	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No 9
 DISPONIBILIDAD DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE TIENEN AUXILIARES DE
 SALUD.

CATEGORÍA ACTIVIDAD	SÍ		NO		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Dispone de todos los anticonceptivos cuando brinda información	8	80	2	20	10	100
Refiere adecuadamente	9	90	1	10	10	100

Fuente: Misma del cuadro No. 2

CUADRO No 10
 DISPONIBILIDAD DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE TIENEN LOS TÉCNICOS
 EN ATENCION PRIMARIA A LA SALUD

CATEGORÍA ACTIVIDAD	SI		NO		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
Dispone de todos los anticonceptivos cuando brinda informacion	0	0	2	100	2	100
Refiere adecuadamente	1	50	1	50	2	100

Fuente Misma del cuadro No. 3.

CUIDAR No 11
 ABASTECIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
 QUE TIENEN LAS SUPERVISORAS DE AUXILIARES DE SALUD

CATEGORÍA	SÍ		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Tiene siempre disponibles y es cantidad suficiente los métodos anticonceptivos	2	100	0	0	2	100
Reparte oportunamente los anti-conceptivos a las A S	1	50	1	50	2	100

Fuente: Misma del cuadro No 1

CUADRO No 12
 EDAD Y SEXO DE LAS PERSONAS DADAS DE BAJA DEL PROGRAMA DE
 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Fo	%	Fo.	%	Fo.	%
EDAD (Años)						
14 a 20	4	6.6	0	0	4	6.6
21 a 25	14	23.3	1	1.6	15	24.9
26 a 30	15	25.5*	1	1.6	16	27.1
31 a 35	11	18.3	1	1.6	12	19.9
36 a 40	8	13.3	4	6.6	12	19.9
41 a 45	1	1.6	0	0	1	1.6
TOTAL	53	88.6	7	11.4	60	100

Fuente: Cuestionarios aplicados, durante los meses de julio y agosto de 1996, a 60 personas dadas de baja temporal y permanente del programa de planificación familiar, de 10 comunidades de los módulos I y II del Municipio de Acaxochitlan, Hgo.

* Se agregaron 5 décimas para redondear al 100%

CUADRO No. 13
 ESTADO CIVIL Y SEXO DE LAS PERSONAS DADAS DE BAJA DEL PROGRAMA DE
 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Soltero	2	3.3	0	0	2	3.3
Casado	44	73.5*	6	1.6	50	83.5
Unión libre	6	10.0	1	1.6	7	11.6
Divorciado	0	0	0	0	0	0
Viudo	1	1.6	0	0	1	1.6
TOTAL	53	88.4	7	11.6	60	100

Fuente: Misma del cuadro No. 12.

* Se agregaron 2 décimas para redondear al 100%.

CUADRO No 14
 ESCOLARIDAD Y SEXO DE LAS PERSONAS DADAS DE BAJA DEL PROGRAMA DE
 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Fo	%	Fo.	%	Fo	%
Primaria completa	23	38.8*	3	5.0	26	43.7
Primaria incompleta	10	16.6	1	1.6	11	18.2
Secundaria completa	4	6.6	3	5.0	7	11.6
Secundaria incompleta	2	3.3	0	0	2	3.3
Alfabeta	1	1.6	0	0	1	1.6
Analfabeta	13	21.6	0	0	13	21.6
TOTAL	53	88.4	7	11.6	60	100

Fuente: Misma del cuadro No 12

* Se agregaron 4 décimas para redondear al 100%.

CUADRO No. 15
 RELIGIÓN QUE PRACTICAN LAS PERSONAS DADAS DE BAJA DEL PROGRAMA DE
 PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

RELIGIÓN	Fo.	%
Católica	54	90.1*
Iglesia de Dios	5	8.3
Ninguna	1	1.6
TOTAL	60	100

Fuente. Misma del cuadro No. 12

* Se agregaron 2 décimas para redondear al 100%.

CUADRO No 16
 OPINIÓN QUE LA RELIGIÓN TIENE SOBRE EL USO DE MÉTODOS
 ANTICONCEPTIVOS. SEGÚN LAS PERSONAS DADAS DE BAJA DEL
 PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

RELIGIÓN	CATÓLICA		I. DE DIOS		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
OPINION SEGÚN PERSONAS						
La persona desconoce lo que opina su religión	23	38.3	1	1.6	24	40
No acepta el uso de anticonceptivos	19	31.6	2	3.3	21	35.3*
No dice nada sobre este tema	7	11.6	0	0	7	11.6
No prohíbe el uso de métodos anticonceptivos	3	5.0	1	1.6	4	6.6
Que hacen daño a la salud	2	3.3	0	0	2	3.3
Explica cada método, sus ventajas y desventajas y dejan que uno elija a criterio	0	0	1	1.6	1	1.6
TOTAL	54	89.8	5	8.1	59	98.4^

Fuente: Misma del cuadro No. 12.

* Se agregaron 3 décimas para redondear al 100%

^ El 1.6% faltante pertenece a una persona que no entra en ninguna categoría de religión.

CUADRO No 17
MÉTODOS QUE PERMITE LA RELIGIÓN SEGÚN LAS PERSONAS DADAS DE BAJA
DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

RELIGIÓN	CATÓLICA		I DE DIOS		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
MÉTODOS PERMITIDOS POR LA RELIGIÓN SEGÚN LAS PERSONAS						
Todos	13	21.6	2	3.3	15	25.0
No sabe	18	30.0	0	0	18	30.0
Ninguno	19	32.0*	1	1.6	20	33.7
Únicamente los naturales	3	5.0	2	3.3	5	8.1
Todos excepto los permanentes	1	1.6	0	0	1	1.6
TOTAL	54	90.2	5	8.2	59	98.4 [^]

Fuente: Misma del cuadro No. 12.

* Se agregaron 4 décimas para redondear al 100%.

[^] El 1.6% faltante corresponde a una persona que no entra en ninguna categoría de religión.

CUADRO No 18
 PERSONAS DADAS DE BAJA QUE CONOCEN EL CONCEPTO DE PLANIFICACIÓN
 FAMILIAR

SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo.	%
Sí	12	20	3	5	15	25
No	41	68.4*	4	6.6	45	75
TOTAL	53	88.4	7	11.6	60	100

Fuente: Misma del cuadro No. 12.

* Se agregó una décima para redondear al 100%

CUADRO No 19
FUENTE DE LA QUE OBTUVIERON INFORMACIÓN SOBRE EL CONCEPTO DE
PLANIFICACIÓN LAS PERSONAS DADAS DE BAJA DEL PROGRAMA DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR

SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Fo	%	Fo.	%	Fo.	%
FUENTES DE INFORMACIÓN						
S.A.S., T.A.P.S. y otros	1	6.6	0	0	1	6.6
S.A.S., A.S., medios de comunicación masiva	3	20.6*	0	0	3	20.6
Enfermera del centro de salud	1	6.6	0	0	1	6.6
Medios de comunicación masiva	2	13.3	0	0	2	13.3
Médico particular	2	13.3	1	6.6	3	19.9
A.S. y médico	1	6.6	1	6.6	2	13.2
Médico y enfermera del centro de salud	1	6.6	0	0	1	6.6
Otros	0	0	1	6.6	1	6.6
Más de 3 fuentes**	1	6.6	0	0	1	6.6
TOTAL	12	80.2	3	19.8	15	100^

Fuente: Misma del cuadro No. 12.

- Dentro del rubro de otros se encuentran familiares, vecinos, partera.

** No incluye ninguna fuente de la E.E.C

* Se agregaron 6 décimas para redondear al 100%.

^ El 100% corresponde a 15 personas que conocen el significado de planificación familiar.

CUADRO No 20
 NÚMERO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONOCEN LAS PERSONAS
 DADAS DE BAJA DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

NUMERO DE ANTICONCEPTIVOS	Fo	%
1	7	11.6
2	11	18.3
3	19	32.1*
4	8	13.3
5	9	14.9
6	5	8.2
Más de 6	1	1.6
TOTAL	60	100

Fuente: Misma del cuadro No 12.

* Se agregaron 5 décimas para redondear al 100 %

CUADRO No. 21
ÚLTIMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO QUE UTILIZARON LAS PERSONAS DADAS DE
BAJA DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

METODO ANTICONCEPTIVO	Fo.	%
Condón	26	43.3
Pastillas	21	35.0
Inyección	13	21.7*
TOTAL	60	100

Fuente: Misma del cuadro No. 12

* Se agregó 1 décima para redondear al 100%.

CUADRO No. 22
 PERSONAS DADAS DE BAJA QUE CONOCEN LA FORMA DE USO DEL ÚLTIMO
 ANTICONCEPTIVO QUE UTILIZARON

CONOCE	SÍ		NO		TOTAL	
	Fo	%	Fo.	%	Fo	%
Pastillas	12	20	9	15	21	35
Inyección	10	16.6	3	5.2*	13	21.8
Condón	13	21.6	13	21.6	26	43.2
TOTAL	35	58.2	25	41.8	60	100

Fuente: Misma del cuadro No. 12

* Se agregaron 2 décimas para redondear al 100%

CUADRO No. 23
 PERSONAS DADAS DE BAJA QUE CONOCEN LOS EFECTOS ADVERSOS DEL
 ÚLTIMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO QUE UTILIZARON

CONOCE ANTICONCEPTIVO	SI		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo	%
Pastillas	4	6.6	17	28.3	21	34.9
Inyección	6	10	7	11.6	13	21.9
Condón	4	6.6	22	36.9*	26	43.5
TOTAL	14	23.2	46	76.8	60	100

Fuente: Misma del cuadro No. 12.

* Se agregaron 3 décimas para redondear al 100%.

CUADRO No. 24
NIVEL DE INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS DADAS DE BAJA DEL PROGRAMA
DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

NIVEL DE INFORMACIÓN	Fo.	%
Suficiente	28	46.7*
Insuficiente	32	53.3
TOTAL	60	100

Fuente: Misma del cuadro No. 12

* Se agregó 1 décima para redondear al 100%.

CUADRO No. 25
 MOTIVOS POR LOS QUE LAS PERSONAS DADAS DE BAJA DEL PROGRAMA DE
 PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEJARON DE USAR EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO.

MOTIVO	PASTILLA		INYECCIÓN		CONDON		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Embarazo involuntario	4	6.6	6	10	6	10	16	26.6
Propia decisión	7	11.6	2	3.4	4	6.6	13	21.6
Su cónyuge ya no lo acepto	1	1.6	0	0	11	18.3	12	19.9
Alteraciones menstruales Persistentes	2	3.4	4	6.6	0	0	6	10
Ausencia del cónyuge	2	3.4	0	0	1	1.6	3	5.5*
Embarazo voluntario	0	0	0	0	2	3.4	2	3.4
Intenso dolor de cabeza	2	3.4	0	0	0	0	2	3.4
Falta de suministro	0	0	0	0	1	1.6	1	1.6
Cambio de A.S.	0	0	0	0	1	1.6	1	1.6
Intenso dolor de estómago	1	1.6	0	0	0	0	0	0
Lactancia	0	0	1	1.6	0	0	1	1.6
Enfermedad**	1	1.6	0	0	0	0	1	1.6
Por causar paño	1	1.6	0	0	0	0	1	1.6
TOTAL	21	35.0	13	21.7	26	43.3	60	100

Fuente. Misma del cuadro No. 12.

* Se agregaron 5 décimas para redondear al 100%.

** Enfermedades como nefropatías y diabetes mellitus

CUADRO No 26
 NÚMERO DE PERSONAS DADAS DE BAJA DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN
 FAMILIAR A LAS QUE SU CÓNYUGE LES PERMITÍA USAR EL MÉTODO
 ANTICONCEPTIVO

ACEPTACIÓN	Fo.	%
Si	53	88.2
No	4	6.8*
Sin cónyuge	3	5.0
TOTAL	60	100

Fuente: Misma del cuadro No. 12

* Se aumentaron 2 décimas para redondear al 100%

CUADRO No 27
 IDEAS ERRÓNEAS QUE TIENEN LAS PERSONAS DADAS DE BAJA
 DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SOBRE LOS MÉTODOS
 ANTICONCEPTIVOS.

IDEA ERRÓNEA	Fo	%
Ninguna	39	65
Causan enfermedades	10	17*
Causan esterilidad	4	6.6
El DIU se encarna en la matriz	3	5
“ Suben o dejan caer al niño “	1	1.6
Detienen la menstruación	1	1.6
Matan a los bebés	1	1.6
El DIU pudre la matriz	1	1.6
TOTAL	60	100

Fuente: Misma del cuadro No. 12.

* Se agregaron 4 décimas para redondear al 100%

CUADRO No. 28
ACCESIBILIDAD QUE TIENEN LAS PERSONAS DADAS DE BAJA DEL PROGRAMA
DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR A LOS SERVICIOS DE SALUD.

ACCESIBILIDAD	Fo.	%
Mucha	43	71.8*
Regular	10	16.6
Poca	7	11.6
TOTAL	60	100

Fuente. Misma del cuadro No. 12

* Se agregaron 2 décimas para redondear al 100%.

CUADRO No 29
NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LAS PERSONAS DADAS DE BAJA DEL PROGRAMA
DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

NIVEL SOCIOECONÓMICO	Fo.	%
Medio	11	18.4*
Bajo	49	81.6
TOTAL	60	100

Fuente: Misma del cuadro No. 12

* Se agregó 1 décima para redondear al 100%.

CUADRO No 30
 NUMERO DE HIJOS Y EDAD DE LAS PERSONAS DADAS DE BAJA DEL PROGRAMA
 DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

No HIJOS	1 a 3		4 a 6		MÁS DE 6		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
14 a 20	4	6.6	0	0	0	0	4	6.6
21 a 35	22	36.8*	17	28.3	2	3.3	41	68.4
36 a 45	2	3.3	6	10	5	8.3	13	21.6
TOTAL	28	46.8	23	38.3	7	11.6	58	96.7**

Fuente: Misma del cuadro No 12

* Se agregaron dos décimas para redondear al 100%

** El 3.3% faltante corresponde a 2 mujeres solteras.

CUADRO No 31
 PERSONAS DADAS DE BAJA DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR QUE
 LLEVARON SEGUIMIENTO DE PARTE DEL PERSONAL DE LA ESTRATEGIA DE
 EXTENSION DE COBERTURA.

PERSONAL	A S		S.A.S		TOTAL	
	Fo	%	Fo.	%	Fo	%
SEGUIMIENTO						
Si	13	21.6	3	5	16	26.6
No	44	73.4*	0	0	44	73.4
TOTAL	57	95	3	5	60	100

Fuente: Misma del cuadro No 12

* Se agregó una décima para redondear al 100%

NOTA: No se agregó a las T.A.P.S debido a que no fueron mencionadas

3. CONCLUSIONES.

Al realizar el servicio social en el Municipio de Acaxochitlan, Estado de Hidalgo, se observó que a pesar del aumento en el número de usuarios nuevos de métodos anticonceptivos, el de los activos casi no aumentaba. Esta situación se presentaba porque muchos desertaban del P.P.F. pasando a ser usuarios dados de baja.

Por dicha razón se realizó esta investigación en la que se estudiaron factores del personal operativo de la E.E.C. que son un total de 14, así como de las personas dadas de baja en forma temporal y definitiva del P.P.F. que ascienden a un número de 60 y que pertenecen a las comunidades de Techachalco, Yemila, Cuaunepantla, Tlazintla, Monte Mar y Tlamimilolpa del módulo I, y San Pedro, San Mateo, Ejido de Techachalco y Canales del módulo II

Los objetivos que se plantearon en esta investigación fueron los siguientes

- Analizar los factores del personal de la E.E.C. que determinaron que los usuarios de métodos anticonceptivos abandonaran el P.P.F.
- Analizar cuáles son los factores dependientes del usuario que determinaron su abandono del P.P.F.
- Proponer alternativas de solución para disminuir las bajas del P.P.F.

La competencia técnica, la promoción que realizan de los métodos anticonceptivos, la calidad de información que proporcionan, la disponibilidad y el abastecimiento de métodos fueron factores que se consideraron del personal de la E.E.C.; y la edad, sexo, estado civil, escolaridad, religión, aceptación del cónyuge, nivel de información sobre los anticonceptivos, nivel socioeconómico, accesibilidad a los servicios de salud, ideas erróneas acerca de los métodos, paridad y seguimiento, de las personas dadas de baja.

Para la recolección de datos se utilizaron, con los prestadores de servicios, una guía de observación y, un cuestionario con las personas dadas de baja del P.P.F.

Las conclusiones a las que se llegaron fueron las siguientes:

3.1. De los prestadores de servicios

Con respecto a la competencia técnica se encontró que sólo 1 de las S.A.S. tiene suficientes conocimientos mientras que la otra es insuficiente, esto se debe a que la primera es Enfermera General titulada y la otra únicamente concluyó su educación primaria. Sin embargo, ambas S.A.S. desconocen la mayoría de las indicaciones y contraindicaciones de los diferentes métodos anticonceptivos.

De las A.S. 4 calificaron con suficiente competencia técnica y las restantes 6 con insuficiente. La mayoría desconoce la efectividad, indicaciones, contraindicaciones y efectos adversos de los anticonceptivos. Es interesante resaltar que 2 A.S. se encuentran mejor capacitadas para brindar servicios de salud que su S.A.S., y que la mitad de las A.S. estudiadas que están bajo la responsabilidad de la S.A.S. titulada resultaron técnicamente insuficientes debido a la falta de capacitación.

Ambas T.A.P.S. obtuvieron suficiente competencia técnica; no obstante, no desempeñan la función de capacitar en servicio a las A.S., actividad que les corresponde según su perfil.

De la calidad de información que proporcionan se concluyó que 1 S.A.S. la brinda en forma adecuada, aunque no verifica que hayan entendido lo explicado, no pone ejemplos, no descarta contraindicaciones, ni realiza examen físico. La otra S.A.S. no siempre escucha, no aclara dudas, no reafirma la forma correcta de usar el método, no da a conocer los efectos adversos y no permite que la persona elija el método anticonceptivo que más se adecua a sus necesidades, por estas razones la información que brinda es de mala calidad.

7 de las 10 A.S. brindan calidad de información aunque tienen algunas deficiencias en cuanto a los efectos adversos, en el poner ejemplos, al verificar que las personas entiendan y al descartar contraindicaciones. Aquí nuevamente se encontró que 2 A.S. resultaron mejor que su supervisora, contrario a esto 3 A.S. que resultaran con mala calidad están a cargo de la S.A.S. que otorga información de calidad.

Ambas T.A.P.S. brindan información de mala calidad debido a que ejemplifican, no realizan interrogatorio ni exámenes físicos, no conocen todos los efectos adversos y no

verifican que los informados hayan entendido. Además, 1 no permite que la persona elija el método que más le conviene, ni hace preguntas para conocer las necesidades personales de esta

Referente a la promoción se identificó que 1 S.A.S realiza promoción en las comunidades y la otra no, por lo que, en el último caso, la responsabilidad recae sobre sus A S

5 de las A S. si realizan promoción aprovechando el tiempo que se encuentran en las comunidades; además, 1 de ellas también lleva a cabo técnicas grupales, entrevistas y visitas domiciliarias. Esta última resulto ser mejor que su S A.S. quien no realiza dicha actividad.

Sólo 1 T.A.P.S. hace promoción y la otra no a pesar de conocer la importancia que tiene para el éxito del P.P.F

1 de las S.A.S., 2 A.S. y ambas T.A.P.S. no disponen de los 3 métodos anticonceptivos que maneja la E.E.C. al otorgar información al público o personas interesadas en usar alguno de ellos, razón por la cual no se permite que tengan una idea más objetiva de cada una para que se les facilite el decidirse por el más adecuado según sus gustos y necesidades

Además no existía muestrario de métodos anticonceptivos en algunas de las casas de salud y cuando si lo había no se le daba el uso apropiado.

Casi todo el personal entrevistado, excepto 1 A.S. y 1 T.A.P.S., refieren en forma adecuada a las personas interesadas en utilizar un método de los que no maneja la E.E.C. por lo que, en estos casos, sus necesidades son satisfechas en forma adecuada.

Con respecto al abastecimiento de métodos anticonceptivos, a las 2 S.A.S se les reparten con anticipación por parte de la Jurisdicción; no obstante, 1 de ellas no los distribuye a tiempo a sus A.S. originando que a algunos usuarios no se les otorgue oportunamente su método y, por consecuencia, pierdan la confianza en la A.S. y abandonen el P.P.F.

3.2 De las personas dadas de baja del Programa de Planificación Familiar

De la población en estudio predomina el sexo femenino con un 88.6%, el restante 11.4% son del sexo masculino

Del sexo femenino la mayoría (67.1%) tienen entre 21 a 35 años de edad la cual es la más propicia para procrear. un 6.6% se encuentra entre 14 a 20 años y el 14.9% entre los 36 y 45, edades en las que un embarazo es de gran riesgo para la salud materna y del bebé

Del sexo masculino el 6.6% tiene entre 36 a 40 años de edad y el 4.8% de 21 a 35 años. Aquí la edad también juega un papel muy significativo sobre la capacidad reproductiva.

El 83.5% de las personas son casadas y el 11.6% se encuentra en unión libre por lo que la mayoría tiene una pareja sexual estable y su riesgo de embarazarse aumenta si no utilizan algún anticonceptivo. El 3.3% son mujeres solteras y aunque negaron el uso del anticonceptivo para evitar un embarazo, el tener relaciones sexuales fuera del matrimonio o el quedar embarazada siendo soltera es muy repudiado por la sociedad, originando tener que enfrentarse a una situación de crisis.

El nivel académico de la población es bajo, pues únicamente el 11.0% terminó su educación secundaria que es el grado de escolaridad más alto que se encontró entre los entrevistados; este factor interviene en la aceptación de nuevas ideas y en la receptibilidad de la información

El 90.1% profesan el catolicismo, el 8.3% pertenece a una secta evangelista llamada iglesia de Dios y el restante 1.6% no profesó ninguna religión.

Con respecto al conocimiento de las personas dadas de baja sobre lo que opina su religión acerca del uso de métodos anticonceptivos se detectó que tienen comentarios diferentes. De los católicos el 31.6% sabe que su religión prohíbe el uso de anticonceptivos para el control natal, el 38.3% no sabe que opinión tiene la religión sobre este tema y un 5.0% dice que no se les prohíbe usarlos.

De las personas que pertenecen a la iglesia de Dios únicamente el 1.6% comentó que no se les prohíbe el uso de los anticonceptivos, sino que les explican cada uno, sus ventajas y desventajas, para finalmente dejarlos decidir a ellos mismos el usarlos o no

Referente a los métodos que las personas saben que su religión permite usar, el 32.0% de los católicos dijo que ninguno, un 30.0% no sabe si les permiten el uso de estos, un 21.6% mencionó que les dejan usar todos y sólo el 5.0% mencionó que únicamente los naturales

De las personas de la iglesia de Dios solamente el 3.3% mencionó que les permiten usar todos los métodos anticonceptivos.

Una cuarta parte de los entrevistados conoce el significado de la planificación familiar. Sin embargo, el 71.6% sabe cual es el objetivo de usar métodos anticonceptivos pues definen a la planificación familiar como una forma de no tener más hijos o de no tenerlos tan seguido.

El conjunto de conocimientos, que cerca de la mitad de los entrevistados poseé sobre la planificación familiar, los obtuvieron a través de otros medios como la televisión o la radio, o por que el médico particular les ha comentado; por lo cual los prestadores de servicios de la E.E.C no son la principal fuente de información.

Sobre el número de métodos anticonceptivos que conocen las personas dadas de baja del P.P.F. se detectó que el 11.6% solamente conoce 1 por lo cual no saben que tienen la opción de usar otros métodos en caso de presentar efectos adversos intolerables; el restante 88.4% conoce 2 o más por lo que pudieron haber elegido otro para seguir planificando su familia pero no fue así.

Los métodos que más conocen son los hormonales orales, el preservativo, los hormonales inyectables y el DIU

En lo referente al último método que utilizaron los varones se observó que un porcentaje más alto del que se tenía usaba preservativo, esto es debido a que, en estos casos, la pareja era quien estaba inscrita en la carpeta de la A.S. Un 21.7% usaba hormonal inyectable y el restante 35.0% hormonal oral

Aproximadamente la mitad de las personas dadas de baja del P.P.F desconocen el uso correcto del último método que utilizaron, y la mayor parte (76.8%) los efectos adversos que les puede provocar. Situación que se debe a la mala calidad de información que otorgan los prestadores de servicios de la E.E.C. a la poca atención que prestan las personas cuando se le otorga dicha información y al bajo nivel de percepción relacionado con el nivel educativo.

El nivel de información de los usuarios dados de baja resulto aparentemente satisfactorio pues se encontró al 46.7% con suficientes conocimientos básicos sobre el último método anticonceptivo que utilizaron.

Sin embargo, la mayoría desconoce los efectos adversos, aproximadamente la mitad no sabe la forma correcta de uso y una tercera parte no conoce ni el significado ni el propósito de la planificación familiar.

Lo anterior se debe, en parte, al bajo nivel académico que prevalece entre la población, además a que ningún prestador de servicios verifica que el informado haya entendido la información proporcionada, la información es de mala calidad y no se les hace un adecuado seguimiento.

Dentro de los motivos que tuvieron las personas del estudio para abandonar el P.P.F se identificó que aproximadamente la cuarta parte lo hizo por embarazo involuntario, lo que se debió principalmente al incorrecto uso del método y en una ocasión por el rango de error en la efectividad anticonceptiva.

Un 21.6% mencionó que abandonó el uso del método simplemente porque ya no quiso seguir usándolo, el 19.9% fue debido a que el cónyuge ya no lo acepto y un 10.0% por alteraciones menstruales persistentes, este último demuestra como el omitir los efectos adversos cuando se otorga información a las usuarias afecta la satisfacción que pudieran tener con el método anticonceptivo y las orilla a abandonar su uso.

Hubo otros motivos de deserción que se presentaron con menos frecuencia de los cuales cabe rescatar el cambio de la A.S. que muchas veces se realiza sin informarle al Delegado o al Comité de Salud la que reduce la confianza de los usuarios.

El cónyuge de: 88.2% de los entrevistados si aceptaba que utilizaran un método anticonceptivo, pero del 6.8% restante no., sin embargo estos ultimos lo usaron con el fin de planificar su familia, buscando la manera de mejorar su calidad de vida sin importar que para ello se opusieran a su pareja

Los entrevistados expresaron algunas ideas erróneas o temores que tienen acerca de los anticonceptivos, entre estos se encuentran: que usar anticonceptivos provoca enfermedades como cáncer, diabetes mellitus, nefropatías, trastornos de los nervios, dolor de estomago y de cabeza. Como se puede apreciar algunos son efectos adversos que normalmente se presentan con el uso de anticonceptivos, pero de esto no se les informa a las personas

Con respecto a las nefropatías y a la diabetes mellitus, si bien los anticonceptivos no lo causan, si pueden llegar a provocar descompensaciones graves cuando existen estas patologías en la persona que los usa

Los hormonales orales aumentan mínimamente el riesgo de padecer cáncer de mama y de cervix, pero tienen un efecto protector contra el de endometrio y de ovario

Un 6.6% cree que esterilizan, un 5.0% dijo que DIU se encarna en la matriz y el 1.6% que son abortivos. Sólo el 65.0% no tiene este tipo de ideas

La mayor parte de la población estudiada tiene mucha accesibilidad a los servicios de salud, especialmente a los que se imparten en la Casa de Salud de la comunidad, únicamente el 1.6% tiene muy poca accesibilidad debido a que debe hacer un recorrido mayor de 40 minutos caminando y el transporte es escaso

Referente al nivel socioeconómico, la mayor parte de los entrevistados pertenecen al bajo y una minoría al medio. Esta situación influye en la decisión de planificar la familia debido a las perspectivas económicas y sociales que se tengan para esta

Se detectó que entre menos edad tienen las personas que se estudiaron, menos es el número de hijos promedio. Por ejemplo, quienes cuentan con 36 a 45 años de edad

sólo el 3.3% tiene de 1 a 3 hijos y el 10.0% de 4 a 6, pero quienes tienen entre 21 a 35 años el 36.8% tienen de 1 a 3 hijos y únicamente el 3.3% más de 6

Además se encontró que 3 mujeres mayores de 36 años estaban embarazadas al momento de la entrevista

El poco interés que presta el personal de la E.E.C por la población nuevamente se manifestó porque sólo al 26.6% de las personas dadas de baja se les realizó seguimiento con la finalidad de conocer el motivo de su deserción y tratar de reconquistarlas; de estas al 21.6% las visitó la A.S. y al 5.0% la S.A.S.

4. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN.

- 4.1 Para ser aplicadas por los niveles Central y Jurisdiccional
- a. Contratar al personal que cumpla con el perfil estipulado por la Secretaría de Salud cada puesto dentro de la E.E.C. para que se brinden servicios de salud con calidad.
 - b. Aumentar y mejorar la capacitación continua a las S.A.S. y T.A.P.S., otorgándoles información actualizada sobre metodología anticonceptiva y consejería
 - c. Otorgar formatos de referencia-contrarreferencia al personal operativo de la E.E.C. y coordinar los diferentes niveles de atención existentes para que las necesidades reproductivas de los pacientes referidos se satisfagan oportuna y adecuadamente
 - d. Que el Coordinador Médico Jurisdiccional realice supervisiones continuas para verificar que las acciones se estén llevando a cabo en forma adecuada; además, para detectar posibles fallas y buscarles la mejor solución.
- 4.2 Para ser aplicadas por el personal operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura.
- a. Asistir y participar activamente en las capacitaciones que se les proporcionen
 - b. Que las S.A.S. y T.A.P.S. realmente cumplan con el objetivo de brindar capacitación en servicio a las A.S. para que incrementen su nivel de conocimientos y, por ende, su competencia técnica
 - c. Que los prestadores de servicios tomen conciencia sobre la importancia de realizar promoción informal de los métodos anticonceptivos, pero aun más importante el planear visitas domiciliarias, entrevistas personales y técnicas grupales con el fin de llegar a mayor población y con mejor impacto
 - d. Elaborar un muestrario de métodos anticonceptivos para cada casa de salud y usarlo apropiadamente cuando se necesite.

- e Mejorar y reforzar la información sobre los efectos secundarios que se pueden presentar en los usuarios, enfatizando el apoyo que se les puede brindar en caso de surgir alguna adversidad
- f. Permitir que las personas elijan el método anticonceptivo de acuerdo a sus necesidades y expectativas reproductivas, previa orientación-consejería
- g. Referir en forma adecuada a las personas que deseen usar un método anticonceptivo diferente a los que maneja la E.E.C y verificar que sus necesidades hayan sido satisfechas.
- h. Que las S.A.S. realicen una adecuada supervisión del desempeño de las A.S para verificar que el servicio y la información que brindan tenga la mejor calidad posible
- i Reforzar la información que se otorgue al usuario sobre el correcto uso del método elegido
- j. Proporcionar pláticas de educación sexual en las que se informe los riesgos que pueden presentarse con un embarazo antes de los 20 o después de los 35 años de edad, y sobre las ventajas de planificar la familia.
- k Realizar campañas para fomentar la participación del hombre en la planificación familiar
- l Programar visitas domiciliarias orientadas a la reconquista de usuarios
- m. Informar a la población sobre la necesidad de la existencia de un Comité de Salud en cada comunidad; orientarlos acerca de sus principales funciones y ayudarlos a organizarlo
- n. Cuando se realice la sustitución de una A.S realizar los procedimientos establecidos para tal efecto, con el fin de que la población elija a la persona más idónea y a la cual le tengan más confianza.

4.3 Sugerencia

Una vez aplicadas las anteriores alternativas de solución, y con un plazo aproximado de 2 años, realizar una investigación semejante a esta para evaluar el impacto y los beneficios obtenidos

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUESTIONARIO

OBJETIVO: Conocer y detectar las características de los usuarios y los factores por los que se dieron de baja del Programa de Planificación Familiar

1 Antecedentes personales

Nombre _____

Sexo F _____ M _____ Comunidad: _____

2 ¿ Cuál es su edad ? (En años de edad)

14 a 20 _____ 36 a 40 _____

21 a 25 _____ 41 a 45 _____

26 a 30 _____ 46 a 49 _____

31 a 35 _____

3 ¿ Cuál es su estado civil ?

Soltero _____ Divorciado _____

Casado _____ Viudo _____

Unión libre _____ Separado _____

4 ¿ Hasta que grado de estudio llegó ?

Primaria _____ Preparatoria _____

Secundaria _____ Superior _____

Técnica _____

5 ¿ Qué religión practica ?

Católica _____ Iglesia de Dios _____

Testigo de Jehová _____ Otra _____

Bautista _____ Ninguna _____

6 ¿Qué opina su religión sobre el uso de métodos anticonceptivos ?

7 ¿Qué métodos anticonceptivos permite usar su religión ?

8 ¿Sabe qué es planificación familiar ? No ____ Si ____

En caso de ser afirmativa Explíquelo con sus palabras

9 ¿De dónde obtuvo esta información ?

Medios de comunicación masiva ____ AS ____

Familiares o vecinos ____ TAPS ____

Médico ____ Otros ____

SAS ____

10 ¿Cuál de los siguientes anticonceptivos conoce ?

Pastillas ____ Vasectomía ____

Inyecciones ____ Salpingoclasia ____

Condón ____ Otros ____

DIU ____

11. ¿Cuál fue el último método anticonceptivo que usó ?

12 Del método que utilizaba conteste lo siguiente

a) ¿Cuál es su forma de uso

b) ¿Qué efectos adversos puede originar ?

13 ¿Cuál fue el motivo por el que dejó de usarlo ?

14. ¿ Aceptaba su cónyuge que usara un método anticonceptivo ? Sí ____ No ____

15 ¿ Qué piensa acerca de los métodos anticonceptivos ?

16 ¿ Cuánto tiempo hace para llegar a la casa de salud o al centro de salud más cercano y , por qué medio de transporte ?

17 ¿ Cuantos hijos tiene ?

18 Nivel socioeconómico.

Observaciones

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

GUIA DE OBSERVACIÓN

INSTRUCCIONES DE LLENADO Se marcará con una "X" en el rubro que corresponda a lo observado

CATEGORÍA DEL PERSONAL DE LA ESTRATEGIA _____

I Sobre competencia técnica

- 1 Tiene suficientes conocimientos sobre los diferentes métodos anticonceptivos como.

	SÍ	NO
a) Efectividad	()	()
b) Presentación	()	()
c) Indicaciones y contraindicaciones	()	()
d) Ventajas y desventajas	()	()
e) Efectos adversos.....	()	()
f) Uso adecuado	()	()
2 Aborda a los usuarios de manera amable y respetuosa..	()	()

II Sobre calidad de información que se brinda a los usuarios.

1. Al brindar información utiliza técnicas como

a) Escuchar.....	()	()
b) Aclarar dudas.....	()	()
c) Hacer preguntas.....	()	()
d) Ilustrar con ejemplos	()	()
e) Usar el lenguaje apropiado.....	()	()
f) Apoyarse en materiales de información y educativos.	()	()

2. Permite que la persona elija el método anticonceptivo que más le convenga según sus necesidades.....

() ()

	SI	NO
3. Verifica que haya entendido la información que proporciono.....	()	()
4. Una vez elegido el método anticonceptivo, le realiza interrogatorio y examen físico en busca de alguna condición que contraindique su uso	()	()
5 Reafirma la información del método anticonceptivo elegido sobre		
a) Su uso adecuado	()	()
b) Los posibles efectos adversos	()	()
6 Le hace saber que llevará un seguimiento y cuándo es su primera cita	()	()
7 Registra la información.....	()	()
III Sobre promoción de los métodos anticonceptivos		
1 Aprovecha el tiempo que está en la comunidad para realizar promoción de planificación familiar	()	()
2 Programa y realiza pláticas a grupos, entrevistas personales o visitas domiciliarias con el fin de promover los métodos anticonceptivos. .	()	()
IV. Sobre disponibilidad de métodos anticonceptivos		
1 Tiene todos los métodos anticonceptivos disponibles para hombre y mujeres cuando brinda la información	()	()
2. En caso de que el método anticonceptivo elegido no se maneje en la E.E C (DIU, OTB y vasectomía), refiere a la persona en forma adecuada	()	()
V Sobre abastecimiento de métodos anticonceptivos (Sólo para S.A S)		
1. Tiene permanentemente disponibles y en cantidad suficiente los métodos anticonceptivos que maneja la E.E C.		
a) Pastillas..	()	()
b) Inyecciones..	()	()
c) Condones...	()	()

	SI	NO
2 Reparte oportunamente los métodos anticonceptivos a las AS para que le sean otorgados a los asuarios activos.		
a) Pastillas..	()	()
b) Inyecciones	()	()
c) Condones...	()	()

Observaciones: _____

BIBLIOGRAFÍA

- BURROUGHES, Arlene, Enfermería Materno-Infantil de Bleier, 5ª ed Ed Interamericana, México, 1986.
- DEXEUS, Santiago, La contracepción hoy, Ed Salvat, España, 1986
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN, Programa de reforma del Sector Salud 1995-2000, México, 11 de marzo de 1996
- GALLY, Esther, Sexualidad humana y planificación familiar, Ed Pax México, México, 1976
- GARCÍA, Ramón, Pequeño Larousse Ilustrado 1994, Ed Larousse, México, 1993
- LEYES Y CÓDIGOS DE MÉXICO, Ley General de Salud, 11ª ed., Ed Porrúa, México, 1994.
- MANISOFF, Mariam T., Planeación familiar, Ed. Interamericana, México, 1976.
- MOHAMMAD N y Saldaña J., Administración de programas de planificación familiar, Ed. Limusa, México, 1984.
- Network en español, Vol 7, No. 3, Octubre de 1992
- PARDINAS, Felipe, Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales, 31ª ed., Ed Siglo XXI, México, 1989
- PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1995-2000, México, 1995.
- PRITCHARD, Jack A. y cols., Williams Obstetricia, 3ª ed , Ed Salvat, México, 1986
- QUIVY, Raymond, Manual de investigación en ciencias sociales, Ed: Limusa, México, 1992.
- ROJAS, Raúl S., Guía para realizar investigaciones sociales, 8ª ed., Ed Plaza y Valderas, México, 1987.
- SAAD, Antonio M., Redacción (Desde cuestiones gramaticales hasta el informe final extenso), Ed. Continental, México, 1982.
- SECRETARIA DE SALUD, Norma oficial mexicana de los servicios de planificación Familiar mayo 1994, México, 1994
- SECRETARIA DE SALUD, Plan nacional de salud, vol III programas, México, 1974

- SECRETARIA DE SALUD, D G P.F., Cuaderno técnico de planificación familiar, el coordinador médico jurisdiccional dentro del programa de planificación familiar, México, 1986.
- SECRETARIA DE SALUD, D.G.P.F. Guía para la capacitación sobre la calidad de los servicios de planificación familiar, México, 1995
- SECRETARIA DE SALUD, D G P F. Manual de normas y procedimientos operativos para el programa de planificación familiar, México, 1992.
- SECRETARIA DE SALUD, D.G.P.F. Paquete didáctico del curso sobre planificación familiar y atención materno-infantil con énfasis en la atención del parto domiciliario en la Estrategia de Extensión de Cobertura, México, 1993
- SECRETARIA DE SALUD, D.G P.F., Programa de planificación familiar Hidalgo 1990, México, 1990
- SECRETARIA DE SALUD, D G P.F., Programa del taller sobre orientación-consejería en planificación familiar posparto, México, 1994.
- SECRETARIA DE SALUD, D G P F , Unidad de autoenseñanza sobre métodos Anticonceptivos no. 2, México, 1986.
- SECRETARIA DE SALUD, D.G S.R., Programa Estatal de salud reproductiva 1995 Hidalgo, México, 1995.
- SECRETARIA DE SALUD, E E C., Un instrumento para proporcionar servicios básicos de salud a la población rural, México, 1993.
- SECRETARIA DE SALUD, P.P.F., Tarjetero de control de usuarios, México, 1994.
- TECLA, Alfredo, Teoría, métodos y técnicas en la investigación social, 14ª ed., Ed. Taller abierto, México, 1993
- WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY OF PENNSYLVANIA, ¡Despertad!, 22 de febrero de 1993, Ed Ultramar, México.
- WATCH TOWER BIBLE AND TRACT SOCIETY OF PENNSYLVANIA and INTERNATIONAL BIBLE STUDENTS ASSOCIATION, Traducción del Nuevo Mundo de las Santas Escrituras, Brooklyn, New York, U.S.A., 1985.