



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

"FACTORES PRESENTES EN LAS MUJERES QUE NO USAN METODOS ANTICONCEPTIVOS. TENEJAPA, CHIAPAS."

299301

T E S I S QUE PRESENTA :

CLAUDIA CAROLINA SANDOVAL ROMERO

NUM. DE CUENTA:

9009952-2

PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

DIRECTORA DE TESIS: LIC. MARIA CRISTINA MUGGENBURG RODRIGUEZ

[Firma manuscrita]

Coordinación de

OCTUBRE, 2001





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Con mucho cariño :

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

Eduardo Sandoval F.

Porque sé que desde donde se encuentre ahora,
se sentirá orgulloso de este logro que siempre esperamos con ilusión.

A mi familia

Por la confianza que siempre depositaron en mi persona.

A mis amigas (os)

Por contribuir con su alegría y afecto a hacer de la mía
una vida más feliz, en especial a Verónica por ser mi compañera
de tantas experiencias.

A Rodolfo

Por todo el apoyo y amor mostrados a lo largo de esta empresa,
y por ser tan importante en mi vida.

Mi más sincero agradecimiento :

A Dios

Por permitirme disfrutar del milagro de la vida.

A esta institución

Por brindarme las bases para mi desarrollo profesional.

A la S. S. A.

Por darme la oportunidad de prestar mi servicio social
en su seno.

Al estado de Chiapas

Por las atenciones prestadas para el desarrollo
de esta investigación.

A la profesora Müggenburg

Por su infinita paciencia y por contribuir
con sus conocimientos al logro de este trabajo.

INDICE

	Pág.
I.- INTRODUCCION	1
II.- PROBLEMA	2
III.- JUSTIFICACION	3
IV.- MARCO DE REFERENCIA.	5
Cap. 1.- Planificación familiar y las razones de su uso.	5
1.1 Concepto de planificación familiar.	
1.2 Concepto y clasificación de método anticonceptivos.	
1.3 Razones para emplear la Planificación Familiar.	
1.4 Situación legal de la Planificación Familiar en México.	
Cap. 2.- Influencia del medio ambiente en la Planificación Familiar.	18
2.1 Sociedad y comunidad.	
2.2 Cultura y religión.	
2.3 Familia y asignación de roles.	
2.4 Características de sociedad rural.	
2.5 Situación de la mujer en el área rural.	
2.6 El hombre ante la Planificación Familiar.	
Cap. 3.- Generalidades del estado de Chiapas.	29
3.1 Densidad de población, natalidad, esperanza de vida y mortalidad.	
3.2 Nupcialidad, paridad y uso de métodos anticonceptivos.	
3.3 Actividad económica y movimiento migratorio.	
3.4 Dispersión y densidad de la población.	
3.5 Población indígena.	
Cap. 4.- Municipio de Tenejapa.	32
4.1 Localización geográfica.	
4.2 Condición socioeconómica.	
4.3 Usos y costumbres.	
4.4 Condición de la mujer.	
4.5 Servicios de salud.	

Cap. 5.- Participación de la Secretaría de Salud en la Planificación Familiar.	36
5.1 Justificación de la Estrategia de Extensión de Cobertura.	
5.2 Organización del programa.	
5.3 Convenio ENEO-DGSR.	
V.- OBJETIVOS	41
* Objetivo General	
* Objetivos Específicos	
VI.- METODOLOGIA	42
VII.- DESCRIPCION DE RESULTADOS	44
VIII- ANALISIS DE RESULTADOS	49
IX.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	57
X.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	60
XI.- BIBLIOGRAFIA FINAL	64
ANEXOS	
ANEXO " A "	
ANEXO " B "	

I.- INTRODUCCION

La salud comunitaria es un campo que también compete al Licenciado en Enfermería ya que la asistencia comunitaria es uno de los aspectos en los que se espera se desarrolle, para esto durante su formación se le proporcionaron las bases que le permitieran desarrollarse eficientemente en esta área (además por supuesto de la asistencial hospitalaria, administrativa, de investigación y docencia), ya que es muy importante evitar enfermedades y sus complicaciones y por ende, elevar la calidad de vida de la comunidad, lo que también se verá reflejado en cada uno de los individuos.

El Sector Salud aplica múltiples programas preventivos, y en razón de la escasez de recursos materiales y humanos para la atención de una población tan grande como la mexicana encontró en la Planificación Familiar uno de los programas prioritarios para lograr una reducción en la tasa de natalidad que permita mejorar la salud del binomio madre/hijo así como del resto de la familia y comunidad.

En el presente estudio se pretende detectar los factores que están limitando el impacto y penetración del programa de Planificación Familiar en la comunidad de Tenejapa, Chiapas --estado que ocupa el primar lugar en rezago económico a nivel nacional--, y así proporcionar posibles soluciones. Se trabajó en esta comunidad gracias al acceso que nos permitió realizar el servicio social, oportunidad otorgada por el convenio específico que establecieron la DGSR-ENEO y porque que nos pareció importante participar de alguna manera en su resolución. También nos resulto interesante estudiar este tema porque consideramos que enfermería es una de las profesiones que participan más activamente en su aplicación.

II.- PROBLEMA

¿Qué factores interfieren en la aceptación de métodos anticonceptivos en las mujeres de Tenejapa, Chiapas?

III.- JUSTIFICACION

El problema de la sobrepoblación es mundial, sin embargo en algunas regiones es más grave, debido a que no se ha logrado un buen control de la natalidad y como generalmente se trata de las poblaciones con mayor rezago económico, la demanda de satisfactores excede su productividad. Ante estas circunstancias los gobiernos de muchos países hacen grandes inversiones para lograr su equilibrio, siendo necesario concientizar a la población en general pero especialmente a la que está directamente involucrada, es decir, la que se encuentra en edad fértil.

De igual manera en México se han desarrollado diversos programas orientados a controlar la explosión demográfica, así a través de la Secretaría de Salud implementa y actualiza continuamente programas de Planificación Familiar que favorezcan el equilibrio en la correlación de la demanda-producción a fin de que todos los mexicanos tengamos una mayor calidad de vida. Al igual que en la situación internacional, las poblaciones mexicanas en las que se ha logrado menor impacto de estos programas son las de mayor pobreza, como Chiapas, Oaxaca y Puebla, estados identificados por su alta marginación.

En Chiapas tenemos el estado de la República con mayor tasa de fecundidad (3.55 hijos), con lo que supera la media nacional (2.73 hijos) y excede notablemente la tasa del Distrito Federal (2.1 hijos), también es uno de los estados con mayor rezago económico y por lo tanto las condiciones de vida son desfavorables para su salud, lo que se refleja principalmente en los niños, ya que ocupa el segundo lugar entre la entidades federativas con mayor tasa de mortalidad infantil

Se ha elegido el municipio de Tenejapa, Chiapas para realizar nuestro estudio en razón de que durante el año de Servicio Social tuvimos acceso a su población y en este lapso observamos rechazo por parte de varias mujeres al uso de métodos anticonceptivos, además de que nos pareció representativa porque las características de la comunidad son muy similares a las de muchas otras comunidades chiapanecas que viven en condiciones insalubres debido en gran parte a que en su afán por conservar sus costumbres mantienen un medio propicio para desarrollar múltiples enfermedades.

Resulta interesante conocer por qué razón, pese a la situación expuesta, se siguen produciendo tantos embarazos que en determinadas circunstancias ponen en peligro la vida y/o salud de la madre y el hijo, cuando puede ser una situación controlada. La Planificación Familiar es una decisión de pareja, no obstante debido a los rasgos culturales de Tenejapa, ésta función recae en la mujer, razón por la que el presente estudio está orientado a conocer los factores que presentan las mujeres no usuarias de métodos anticonceptivos y así poder determinar de qué manera puede enfermería participar en su resolución, ya que este personaje ha jugado un papel importante dentro de los programas de Planificación Familiar especialmente diseñando estrategias dirigidas a concientizar a las posibles usuarias.

La Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Salud Reproductiva estableció un convenio de colaboración mutua con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, para dar lugar a que los egresados de esta institución realicen su Servicio Social dentro de la Estrategia de Extensión de Cobertura que presta servicios de Planificación Familiar, atención perinatal y a menores de 5 años en las comunidades que cuentan con menos de 2,500 habitantes.

Es importante aclarar que inicialmente se planeó realizar la presente investigación en las 7 comunidades tenejapecas (no incluida la cabecera municipal) que el programa asignó a la pasante, localidades de difícil acceso en las que se presenta un alto índice de nacimientos en condiciones desfavorables lo que se ve agravado por la gran cantidad de factores de riesgo, situación que despertó nuestro interés. Sin embargo, diversos factores como la dificultad para llegar a las comunidades, el continuo movimiento migratorio de sus habitantes y la falta de datos estadísticos precisos de la comunidad complicaron su aplicación en las mismas, por lo que se optó por la población de la cabecera municipal de Tenejapa que aunque en menor grado también vive una problemática que requiere de atención, ya que en las ocasiones que no había oportunidad de salir a las comunidades apoyamos asistencialmente al Centro de Salud haciendo énfasis en las actividades relacionadas con la salud reproductiva.

IV.- MARCO DE REFERENCIA

CAPITULO 1

PLANIFICACION FAMILIAR Y LAS RAZONES DE SU USO

1.1 Concepto de Planificación Familiar

El término de Planificación Familiar es relativamente nuevo, sin embargo actualmente contamos con diversos conceptos del mismo, según el enfoque aplicado por los estudiosos del tema.

Algunos autores la consideran simplemente como un elemento para reducir la reproducción humana a voluntad de los involucrados. De modo que en el concepto de Fine "El término Planificación Familiar o paternidad responsable significa que la pareja ha acordado usar algún método anticonceptivo a fin de tener hijos cuando lo deseen."¹

Mientras que otros encuentran más relevante el mantener el patron en la actividad sexual de las parejas despejado de la preocupación de embarazos no deseados por lo que Stone dice: "El control de la natalidad es la forma de prevenir la concepción temporalmente por métodos que no interfieren con las relaciones sexuales normales."²

Algunos más le dan un enfoque más integral basando la importancia de la Planificación Familiar en el mejoramiento de las condiciones de vida de los integrantes de la familia, así Monroy considera que la Planificación Familiar es un elemento necesario para ejercer responsablemente la función reproductora, porque "El planear oportunamente nuestra familia, nos permite mejorar nuestra calidad de vida, la de nuestra pareja, nuestros hijos y nuestra comunidad ya que los ingresos económicos y las posibilidades de afecto, atención y cuidado se distribuyen de una mejor manera... planificar nuestra familia no significa circunscribirse a limitar el número de hijos, sino estudiar la manera en la que todos y cada uno de sus miembros recibamos los beneficios de pertenecer a ella y podamos desarrollarnos íntegramente."³

Actualmente contamos con el programa de Planificación Familiar que se rige por la Norma Oficial Mexicana la que dicta lo siguiente: "Los servicios de la Planificación Familiar son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y

espaciamiento de sus hijos con pleno respeto a su dignidad.⁴ El ejercicio de este derecho es independiente del género, la edad y el estado social o legal de las personas.

Planificar la familia previene muchos problemas en la salud física y mental de los individuos, familias y sociedades, por lo que resulta injusto para cada uno de los implicados el no hacer uso de la misma, razón por la que se ha buscado la estrategia que conduzca a reducir la tasa de nacimientos, de modo que las metas propuestas por el plan nacional de Planificación Familiar es alcanzar una tasa de 1 por ciento para el año 2000, es decir, la población en el año 2000 sería de 93.2 millones de habitantes.

Si tomamos en consideración que la producción de servicios es rebasada por la demanda de una población que crece en forma descontrolada no es difícil imaginar qué nos depara el futuro, esto ha motivado el establecimiento de campañas mundiales para regular el número de nacimientos teniendo como apoyo el empleo de métodos anticonceptivos.

1.2 Concepto y clasificación de métodos anticonceptivos

A lo largo de la historia se han empleado diversos procedimientos empíricos para controlar la natalidad, algunos de ellos con resultados negativos por lo que se tuvo necesidad de contar con opciones que ofrecieran seguridad y confiabilidad anticonceptiva, así surgieron los métodos anticonceptivos que conocemos actualmente.

Los métodos anticonceptivos son los medios utilizados por el individuo o la pareja para regular su capacidad reproductiva.⁵

Dentro del programa de Planificación Familiar se contempla la información y consejería a los interesados así como la distribución de métodos anticonceptivos bajo los criterios de la Norma Oficial Mexicana de los servicios de Planificación Familiar. A continuación se mencionan algunas de las disposiciones generales especificadas por la Norma Oficial Mexicana en la prestación de servicios.⁶

◊ Todo usuario puede asistir libremente al servicio de Planificación Familiar para recibir atención adecuada cuando tenga alguna duda o se presente algún efecto colateral importante al uso del método anticonceptivo, aún cuando no tuviera cita.

◊ Los servicios de Planificación Familiar deben ser gratuitos cuando sean prestados por instituciones del sector público.

La Norma Oficial Mexicana de los servicios de Planificación Familiar estipula que en términos generales e independientemente del método seleccionado, el personal que presta servicios de Planificación Familiar debe realizar las siguientes actividades:

- ✓ Interrogatorio
- ✓ Examen físico en función de capacitación y recursos de los prestadores de los prestadores de servicios, así como de los requerimientos de los métodos anticonceptivos.
- ✓ Valoración de riesgo reproductivo.
- ✓ Consejería que garantice selección informada de un método específico por el usuario:
- ✓ Señalamiento de la efectividad, duración de la protección anticonceptiva, efectos colaterales e indicaciones sobre su uso.
- ✓ Seguimiento de los usuarios de los métodos anticonceptivos, para detectar oportunamente embarazo, uso incorrecto del método y efectos colaterales.
- ✓ Referencia de las usuarias a otras instituciones cuando no se cuente con el método seleccionado.
- ✓ Localización y promoción de la reincorporación de usuarios inasistentes al control periódico.
- ✓ En todos los casos en que se presente sintomatología leve se reforzará la consejería y recomendará continuar usando el método en razón de que desaparecerá después de los primeros meses.
- ✓ Si la sintomatología es grave o persistente, se recomendará la suspensión de este y se ofrecerá otro.
- ✓ Siempre que sea posible se tomará muestra para citología cervico-vaginal (Papanicolaou).

Los métodos anticonceptivos se pueden clasificar según su temporalidad en:⁷

TEMPORALES

- Métodos hormonales orales
- Métodos hormonales inyectables
- Métodos hormonales subdérmico
- Dispositivo intrauterino
- Métodos de barrera y espermicidas
- Métodos naturales o de abstinencia periódica

PERMANENTES

- Oclusión tubaria bilateral
- Vasectomía

Métodos hormonales orales

Los hay combinados de estrógeno y progestina y los de únicamente progestina. Tienen una efectividad del 90 al 99%. No se recomienda su uso durante la lactancia, en los primeros seis meses posparto, en caso de enfermedades tromboembólicas, cáncer mamario o de cérvix, enfermedades hepáticas agudas o crónicas y mientras se esté empleando rifampicina o anticonvulsivantes.

Se debe iniciar su uso en los primeros cinco días del ciclo menstrual, la ingesta será de una tableta diaria continuando los ciclos subsecuentes al concluir el previo independientemente del término del flujo menstrual. Además de realizar las actividades de rutina, se debe valorar la tensión arterial, examinar las mamas y pelvis y cuando sea posible, tomar muestras para Papanicolaou.

Los síntomas leves que se llegan a presentar son: cefalea, náuseas, vómito, mareo, mastalgia, cloasma y manchado intermenstrual. Se debe tener especial atención en los siguientes casos: sospecha de embarazo, cefalea intensa, alteraciones visuales, dolor torácico intenso, ictericia y persistencia de efectos colaterales por más de seis meses.

Si se olvidara tomar una gragea, se tomarán dos el día siguiente, si se olvida por dos días, tomar dos durante los dos días siguientes apoyándose en un método de barrera por siete días; si se olvidan tres o más tabletas suspender este método hasta el siguiente periodo menstrual.

Métodos hormonales inyectables

Al igual que los hormonales orales, son métodos temporales de larga duración y los hay combinados de estrógeno y progestina y los que contienen sólo progestina. Su efectividad anticonceptiva es de más del 99%. Las indicaciones, efectos colaterales, contraindicaciones --agregando el incremento de peso--, y las actividades de rutina son los mismos que para los anticonceptivos hormonales orales.

La administración de los anticonceptivos hormonales inyectables es por vía intramuscular profunda en la región glútea. La primera inyección se aplica dentro de los primeros cinco días de haber iniciado la menstruación, las aplicaciones subsecuentes deben administrarse cada 30 +/- 3 días, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual. Proporciona efectividad anticonceptiva hasta por 33 días después de la aplicación de la inyección.

Si se omite o aplica tardíamente la inyección, debe apoyarse en algún método de barrera y esperar al siguiente periodo menstrual para reiniciar.

Método hormonal subdérmico

Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada en el que se insertan subdérmicamente seis cápsulas de 34mm de longitud y 2.4mm de diámetro transversal, se colocan en la cara interna del brazo durante los primeros siete días del ciclo menstrual. Este método consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética y proporciona una efectividad anticonceptiva mayor al 99% durante el primer año y disminuye gradualmente a 96.5% al quinto año.

Las indicaciones, contraindicaciones y actividades a realizar son las mismas que para los otros métodos hormonales. Entre los efectos colaterales se pueden presentar: hematoma en el área de aplicación, infección local, dermatosis, irregularidades menstruales, cefalea y mastalgias. Si se presentara intolerancia a las irregularidades menstruales o embarazo, se deben remover los implantes.

Es conveniente recomendar el empleo de métodos anticonceptivos de barrera y espermicidas en caso de tener relaciones el día de la inserción. La remoción debe realizarse al cumplir cinco años de uso o antes si la usuaria lo solicita.

Dispositivo intrauterino

Es un artefacto que se coloca dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos. Proporciona una efectividad anticonceptiva del 95 al 99%.

Está indicado en mujeres en edad fértil con vida sexual activa que deseen un método anticonceptivo temporal. Está contraindicado en caso de embarazo, histerometría menor de 6 cm, patología que deforme la cavidad uterina, carcinoma uterino, enfermedad inflamatoria pélvica activa y presencia de corioamnionitis. Una complicación que se puede presentar es la perforación uterina. Los principales efectos colaterales son dolor pélvico durante el periodo menstrual y aumento del flujo y duración de la menstruación. Si las molestias persisten por más de seis meses, se debe retirar el dispositivo y seleccionar otro método.

Métodos de barrera y espermicidas

Los métodos de barrera impiden el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico y algunos contienen una sustancia química, de manera que interfieren en la fecundación.

En este grupo se encuentra el preservativo con una efectividad del 85 al 97%. Sus únicas contraindicaciones son alergia al látex o al espermicida y disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil.

Los espermicidas inactivan a los espermatozoides antes de penetrar al útero. Se presentan en forma de cremas, óvulos y espumas en aerosoles y tienen una efectividad del 75 al 90%. Están indicados en cualquier mujer que desee protección anticonceptiva temporal, especialmente en las que tengan relaciones sexuales esporádicas. Los efectos adversos que se pueden llegar a presentar son inflamación local y reacciones alérgicas.

Métodos naturales o de abstinencia periódica

Estos métodos evitan el embarazo planificando el acto sexual de acuerdo con los periodos fértiles e infértiles de la mujer. Proporcionan efectividad del 70 al 80%. Están contraindicados en: mujeres con ciclos menstruales irregulares, en

mujeres con inhabilidad para reconocer las características de su ciclo menstrual, cambios en su moco cervical, en la temperatura basal y otros signos y síntomas asociados con su ciclo menstrual y en quienes no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera. Los métodos naturales más empleados son: el del ritmo (u Ogino-Knaus); el de la temperatura, el del moco cervical (o de Billings) y el sintotérmico.

1.3- Razones para emplear la Planificación Familiar

Existen múltiples razones para emplear la Planificación Familiar pues de lo contrario el acelerado incremento de la población generaría conflictos tanto a nivel personal, familiar, nacional y aún mundial. Razones médicas

Es tal la importancia de la reproducción en la mujer que Peel asevera que el objetivo a largo plazo de la medicina preventiva debe ser asegurarse de que todas las mujeres dispongan de consejo anticonceptivo desde el principio de su matrimonio e incluso antes.⁶ Por lo tanto la Planificación Familiar debería ser una medida comúnmente empleada para conservar la salud y/o la vida de todas las mujeres que se encuentran en edad fértil, la cual va de los 12 a los 49 años de edad.

Son muchas las posibles causas de enfermedad y muerte materna, tanto de etiología previa, trans y posterior a la gestación por lo que se puede considerar al embarazo un riesgo en sí, aún cuando es bien sabido que se trata de un estado fisiológico, sin embargo ello dependerá de las condiciones en que se presente.

Una de las razones más importantes para planificar la familia es prevenir la multiparidad ya que como afirma Ruiz Velazco, "Muchos hijos agotan las reservas de la mujer y le disminuyen su resistencia a las enfermedades, ocasionándole así mismo debilidad, anemia, vejez prematura, etc. Esta situación se manifiesta igualmente sobre los hijos, los cuales vienen cada vez más pequeños, enclenques, menos resistentes, menos listos y con mayor posibilidad de taras y malformaciones."⁸

Peel agrega: "La frecuencia de un gran número de enfermedades, incluso la anemia, la hemorragia pospartum y la placenta previa aumentan con el número de hijos y casi cualquier otra enfermedad se agrava con la fertilidad sin control."¹⁰

También para conservar la salud es importante planear y respetar los periodos intergenésicos tomando en consideración los cambios vividos durante la preñez. Al respecto Winslow infiere: El parto es un proceso que implica esfuerzos bien definidos para el organismo. La repetición de estos esfuerzos a intervalos demasiado frecuentes, constituye un peligro aún para una mujer de buena salud sujeta a las tensiones simultáneas de la compleja civilización moderna.

En este sentido, la profesora Edda Alatorre cita el informe sobre el desarrollo mundial de 1993, en el que se reporta que las encuestas realizadas en 25 países en desarrollo (México entre ellos) durante los años 80's revelan que como promedio, casi el 35% de los nacimientos tienen lugar cuando no han transcurrido todavía 24 meses del nacimiento anterior. Además cada año, alrededor de 430,000 mujeres mueren por complicaciones relacionadas con la procreación.¹¹ Además de estos, existen otros factores que en forma independiente o relacionada deterioran la salud de las madres, por ejemplo: "la edad y el número de hijos están muy unidas, según las estadísticas del registro General, Benjamín ha demostrado que en cada grupo de edad hay un riesgo más alto en el primer embarazo y parto, inferior en el segundo y tercero y, después, el peligro aumenta proporcionalmente al número de hijos hasta que alcanza y supera el nivel que prevalece en los primeros partos."¹²

Monroy expone una situación más preocupante en la reproducción descontrolada al agregar otros factores como la inadecuación de la atención obstétrica. En su opinión "la mala nutrición, debida a la ignorancia o precaria situación económica durante el periodo de embarazo y los primeros meses de vida, son las causas principales de ello. Además existe una elevada mortalidad causada por enfermedades infecciosas como el sarampión, la neumonía y las diarreas, todas ellas resultado del ambiente insalubre y la ignorancia de los adultos. La mortalidad en mujeres menores de 35 años es alto, principalmente estas muertes suceden cuando la mujer no recibe atención adecuada al dar a luz o se provoca el aborto, ya que en el país, se atienden alrededor de un millón de complicaciones al año, resultado de la interrupción del embarazo a través de medios peligrosos e inadecuados. De cada mil nacimientos se mueren 2 mujeres, ya sea por trastornos graves durante el embarazo o parto."¹³

En lo que a edad respecta, los extremos resultan peligrosos, tanto las mujeres demasiado jóvenes como las añosas encuentran mayor predisposición a sufrir complicaciones obstétricas. "Se ha observado que las adolescentes están más

propensas a tener ciertas complicaciones en el embarazo, como anemia, trabajo de parto prolongado y están dos veces más propensas que las mujeres mayores a tener hijos de bajo peso y prematuros, dos a tres veces más a tener niños que mueren en su primer año, y 2.4 veces más de tener niños con defectos neurológicos. Además, muchas madres adolescentes son pobres, no comen apropiadamente reciben cuidado prenatal deficiente o ninguno. En cuanto a los niños de padres adolescentes, son más propensos que los otros niños a tener coeficiente intelectual bajo y bajo rendimiento en la escuela y sus problemas aumentan a medida que crecen."¹⁴

También se han encontrado relación entre el peso bajo al nacimiento y los defectos posteriores del desarrollo físico e intelectual; otra relación comprobada se encuentra entre la prematuridad y otras variables de las cuales las más influyentes son el número de hijos anteriores, el estado civil y la clase social.

Por otro lado, a pesar de no ser un método anticonceptivo, el aborto es empleado por muchas mujeres como un método de control de la natalidad, aunque no existen datos precisos de la frecuencia con que se practica ante la insuficiencia o deficiencia de recursos materiales y/o humanos en materia de Planificación Familiar "en algunos países de Latinoamérica, el aborto es la causa más común de muerte en mujeres de edad fértil y no sólo un componente de la mortalidad materna.....(y) se ha descrito como la epidemia mayor de todos los tiempos; ...(mas) si las personas que se encargan de atender a una mujer de un aborto actúan razonable y conscientemente, el aborto debería ser una experiencia única para cada paciente."¹⁵

Razones familiares

Es conveniente que antes de la procreación, la mujer logre desarrollarse personal y profesionalmente para que en el momento que se presente, el nuevo ser sea acogido con agrado y no como el responsable de que se trunquen sus ilusiones. Así mismo, es importante que la pareja planifique oportunamente su propia familia a fin de que puedan vivir plenamente su sexualidad, desarrollen el conocimiento y comunicación mutuos y organicen la distribución de los recursos familiares, de lo contrario podría suceder que cuando el número de hijos aumente la familia se desajuste física y moralmente provocando que para los padres se acrecienten las obligaciones, el trabajo, la insatisfacción, la inseguridad económica y los problemas de todo tipo, con lo que su desdicha desembocaría en un ambiente desfavorable para sus hijos.

En estas familias el descubrimiento de un nuevo embarazo resulta angustiante, convirtiendo así al nuevo ser en un hijo no deseado y no buscado que traerá consigo más cargas personales, emocionales y económicas, colocándolo en desventaja desde el principio y lo más probable es que éste desarrolle sentimientos de agresividad y hostilidad que se traducen en una conducta antisocial, lo que atenta contra su derecho a sentirse queridos, aceptados y seguros. La familia numerosa tiene tanto riesgo de padecer esta situación que: "En el lenguaje del trabajador social, la familia problema viene prácticamente a ser sinónimo de familia grande."¹⁶

En resumen, el peligro de no planificar la familia es que se presenten algunos de los siguientes problemas: madres adolescentes, deserción escolar por embarazo, pérdida de desarrollo de la mujer, madres solteras, matrimonios forzados, abandono por parte del esposo, hijos no deseados, abortos, poca atención, amor, cuidado e instrucción de los hijos, desajuste económico, vivienda insuficiente, mala salud física y mental de los miembros de la familia y la posibilidad de crear un ciclo repetible en sus descendientes.

Ante el riesgo de que enferme o muera la mujer por razones reproductivas la profesora Edda Alatorre cita las consecuencias que han demostrado diversas investigaciones: "cuando la madre enferma o muere, la salud de toda la familia se ve afectada, sobre todo la de los niños y ancianos. La labor silenciosa de las mujeres a través de acciones tan importantes como: alimentar a la familia; mantener un hogar aseado; inculcar prácticas higiénicas y preventivas de accidentes; cuidar de que los hijos tengan sus vacunas, facilitar la educación formal de la familia; procurarles descanso y recreación; cuidar de los enfermos; administrar la economía de la familia y muchas más, se traducen en bienestar para las unidades familiares."¹⁷

Razones socioeconómicas como solución al problema de la explosión demográfica.

La Planificación Familiar conlleva beneficios también a nivel social, nacional y mundial, pues de continuar el crecimiento desmesurado de la población nos enfrentaremos a graves problemas.

Ante la desesperación por no poder responsabilizarse de hijos no planeados ni deseados se han realizado prácticas que hoy en día la sociedad censura. "A partir de los primeros registros que se conocen en la actividad humana, la gente ha tratado de limitar el número de sus hijos. Uno de los métodos usados

con más frecuencia ha sido el infanticidio, abandonar a la intemperie o dejar al niño a un lado del camino o en el basurero del pueblo."¹⁸

Con los adelantos tecnológicos de la medicina y los programas de salud pública se han reducido los índices de morbimortalidad y alargado la esperanza de vida, dejando en consecuencia el problema de la sobrepoblación y sus repercusiones. "La situación es tal que por cada ser humano que desaparece de la tierra, arriban a ella por lo menos tres."¹⁹

Sin embargo, en materia de salud pública aún no se ha logrado el impacto o el acceso a la Planificación Familiar suficientes, de modo que el aborto se sigue empleando como medida de control natal y que a pesar de no existir registros exactos es bien sabido que se emplea frecuentemente. Si no se logra una buena cobertura de la Planificación Familiar, no es sustentable la negación del derecho a un aborto legal y así el número de abortos aumentará con sus respectivas complicaciones. Esta problemática se traduce en insuficiente producción de servicios, ocasionando desajustes sociales como: la falta de preparación técnica de esos hombres, hambruna, altos índices de criminalidad, terrorismo y guerras que dañan seriamente nuestro planeta.

Nuestro país no escapa a esta situación, en este sentido Ruiz apunta: "México hasta ahora ha sido una de las naciones con índices de nacimiento más altos del mundo (3.5), casi tres veces mayor que el de los países desarrollados. Lo anterior aunado al descenso de las cifras globales de mortalidad, y a la esperanza de vida cada vez mayor, ha ocasionado el desordenado y desorbitado crecimiento de la población en México. Esto significa, una población mayoritaria de gente joven (menores de 15 años), improductiva, que necesita enormes y a veces insuperables medios para la educación; una carga económica imposible para las personas productivas."²⁰

Otro problema es la migración rural-urbana, pues ante la necesidad de mejorar las condiciones de vida se genera una aceleración del ritmo de crecimiento de los centros urbanos, más "la migración de las áreas rurales a las urbanas es el resultado de la insuficiencia de medios adecuados de subsistencia en el campo y de la necesaria modernización, que lleva a la búsqueda de mejores oportunidades."²¹

En México, como en otros países latinoamericanos, se tiene necesidad de importar alimentos porque su producción es insuficiente para nutrir al gran número de habitantes que constantemente aumenta, ya que los víveres que produce son consumidos en gran proporción en los mismos lugares donde se

cultivan, favoreciéndose así la perpetuación de una economía de subsistencia, en lugar de una de excedentes.²² La situación resulta preocupante puesto que ya que de por sí la economía del país presenta limitaciones en los siguientes aspectos: fuentes de trabajo, educación, habitación, alimentación, atención médica y servicios públicos, problemas que encontrarían en gran medida solución en la Planificación Familiar.

1.4- Situación legal de la Planificación familiar en México

En relación a los servicios de Planificación Familiar la ley general de salud específica:

Art. 67. "La Planificación Familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Los servicios que se prestan en la materna constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad."²³

La Ley General de Población reglamenta las acciones a emprender para la realización de programas de planificación familiar y establece los siguientes artículos y reglamentos:

Art. 3º.- La Secretaría de Gobernación dictará y ejecutará o en su caso promoverá ante las dependencias competentes o entidades correspondientes, las medidas necesarias para:

II.- Realizar programas de Planificación Familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país.

V.- Promover la plena integración de la mujer al proceso económico, educativo, social y cultural

Art. 18 .- La Planificación Familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos.

Art. 20.- Los servicios de Planificación Familiar deberán estar integrados y coordinados con los de salud, educación, seguridad social e información pública y otros destinados a mejorar las condiciones de vida de los individuos y de la familia.

Art. 21.- La información, salud, educación y demás servicios relativos a los programas de Planificación Familiar, serán gratuitos cuando sean prestados por dependencias y organismos del sector público.

Art. 22.- Los programas de Planificación Familiar informarán de manera clara y llana sobre los fenómenos demográficos y las vinculaciones de la familia con el proceso general del desarrollo e instruirán sobre los medios permitidos por las leyes para regular la fecundidad

Art. 26.- Los servicios médicos, educativos y de información sobre programas de planificación familiar, garantizarán a la persona la libre determinación sobre los métodos que para regular la fecundidad desee emplear siempre que haya demostrado que carecen de efectos secundarios graves en los humanos y que no son perjudiciales a su salud o estén prohibidos.

Art. 30.- Los jueces u oficiales del Registro Civil, en las actas matrimoniales, proporcionarán a los contrayentes información sobre Planificación Familiar, igualdad jurídica del varón y la mujer, y organización legal y desarrollo de la familia, elaborada de común acuerdo por las autoridades locales y el Consejo Nacional de Población.²⁴

CAPITULO 2

INFLUENCIA DEL MEDIO AMBIENTE EN LA PLANIFICACION FAMILIAR

2.1 Sociedad y comunidad

Entendemos por sociedad a la reunión permanente de personas, pueblos o naciones que conviven bajo unas leyes comunes.²⁵

El sistema social también existe en la vida animal pero no tan bien organizado, la diferencia radica en que las sociedades humanas poseen claro sentido de identificación y pertenencia, reconocimiento a sus compañeros miembros y el área territorial como localidad de convivencia con ellos. El proceso por el cual el individuo logra adaptarse a sus compañeros de grupo, impregnando e interiorizándose en las normas del sistema social del grupo y por lo tanto reduciendo la frecuencia de conflictos con los mismos, se denomina socialización. Al hablar de sociedad mexicana, Escalante afirma que está compuesta por una variedad de comunidades cuyo matiz cultural varía, desde modos de vida enteramente occidentales, rezagos culturales coloniales, hasta grupos con presencia de rasgos de cultura aborigen.²⁶

Se entiende por comunidad a la agrupación de personas que se perciben como una unidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento, objetivo o función común, con conciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interacciona más internamente entre sí que en otro contexto.

San Martín extrae ciertos elementos universales de la comunidad: grupos de población organizados; convivencia en una zona definida; integración por experiencias de la unidad local, sentido de pertenencia; capacidad de actuar en forma grupal; existencia de instituciones sociales más o menos desarrolladas.²⁷

Continúa mencionando que las diferencias entre las comunidades, aún dentro de una misma sociedad (como la chilena o mexicana), se establecen por diferentes motivos: grupo étnico, cultura, o subculturas, hábitat, grado de desarrollo social y estructura de la comunidad (en el fondo, estructura de la sociedad misma).

2.2.- Cultura y religión

Escalante explica cuatro aspectos de la cultura: el que corresponde al orden mental, luego todo lo que incluye el orden material de la cultura, continuando con el orden kinésico o el movimiento y por último el asignado al orden social.²⁸

El hombre como individuo es portador de cultura: gran variedad de ella se halla depositadas en su equipo mental y en el orden mental se pueden considerar todos los conocimientos técnicos, científicos, literarios, artísticos, etc. Además, las normas establecidas por la sociedad y que el individuo debe conocer para no infringirlas, logrando una convivencia lo más llevadera posible.

El orden material de la cultura es todo el conjunto de artefactos producidos por el hombre o elementos modificados para satisfacer necesidades primarias o necesidades secundarias.

El orden kinésico se refiere a la acción, o la dinámica, o la realización del hecho cultural.

El orden social se refiere a que la cultura solamente puede haberse hecho realidad dentro del orden social.

Los humanos más que ningún otro animal, dependen para sobrevivir de la transmisión social de conocimientos. "La cultura es aprendida, esto es, se transmite social y no genéticamente. La importancia en la adaptación humana está relacionada con la dependencia prolongada del infante humano y con la vida de grupo de nuestra especie."²⁹

La comunidad se rige por normas ideales y de conducta. Las normas ideales son las que los individuos creen que deben cumplir; las normas de conducta son las que en realidad hace. Ambas son modeladas por la cultura. Cuando los límites han sido alcanzados o rebasados, la conducta requiere de sanciones. Estas pueden ser desde expresiones de desaprobación, ridículo y rechazo hasta los procedimientos legales.

Serena también habla de la especialización cultural diciendo que "Algunos patrones culturales son compartidos por personas que pertenecen a cierta posición o estatus social. En casi todas las sociedades, por ejemplo, existe especialización cultural entre hombres y mujeres. Esta especialización se deriva no sólo de la división sexual del trabajo, en donde los hombres

generalmente hacen diferentes cosas que las mujeres, sino también de las prohibiciones culturales sobre el tipo de actividades que las mujeres pueden desempeñar."³⁰

Si nos apegamos al término cultura en el sentido de cúmulo de conocimientos, --persona culta-- o sinónimo de instrucción "Cuando se hable de indígenas o miembros de grupos aborígenes, no identificados con la cultura occidental, casi siempre son calificados de incultos. En la República Mexicana como en los pueblos latinoamericanos, son considerados generalmente como incultos, las personas que no hablan español y no han llegado a aprender a leer y escribir"³¹

Dittmer agrega: "cultura, sería el modo en que un determinado grupo humano, selecciona y elabora subjetivamente, de acuerdo a sus características y tradiciones, los objetos de la civilización, así como el modo de aprovechar los recursos que el medio ambiente le proporciona"³²

Lewis habla de una cultura o subcultura de la pobreza, en la que encuentra algo positivo al afirmar que esta tiene una estructura, una disposición razonada y mecanismos de defensa sin los cuales los pobres difícilmente podrían seguir adelante. Esta subcultura, es más común que se desarrolle cuando un sistema social estratificado y económico atraviesa por un proceso de desintegración o de sustitución por otro.³³ La cultura de la pobreza "ciertamente, en México ha sido un fenómeno más o menos permanente desde la conquista española de 1519, cuando comenzó el proceso de destribalización y se inició el movimiento de los campesinos hacia las ciudades. Sólo han cambiado las dimensiones, la ubicación y la composición de los barrios bajos."³⁴

El mismo Lewis calcula que ésta subcultura se vive en por lo menos una tercera parte de México y encuentra ciertas características en esta población: tasa de mortalidad relativamente más alta, una expectativa de vida menor, una proporción mayor de individuos en los grupos de edad más jóvenes y, debido al trabajo infantil y femenino, por una proporción más alta en la fuerza trabajadora.

En cuanto a los rasgos económicos característicos de la cultura de la pobreza incluye: la lucha constante por la vida, periodos de desocupación y de subocupación, bajos salarios, una diversidad de ocupaciones no calificadas, trabajo infantil, ausencia de ahorros, una escasez crónica de dinero en efectivo, ausencia de reservas alimenticias en casa, el sistema de hacer compras frecuentes de pequeñas cantidades de productos alimenticios

muchas veces al día a medida que se necesitan, el empeñar prendas personales, el pedir prestado a prestamistas locales a tasas usurarias de interés, servicios crediticios espontáneos e informales (tandas) organizados por vecinos, y el uso de ropas y muebles de segunda mano.

Así mismo, analiza el aspecto psicosocial, cuyas características incluyen el vivir incómodos y apretados, falta de vida privada, sentido gregario, una alta incidencia de alcoholismo, el recurso frecuente a la violencia al zanjar dificultades, uso frecuente de la violencia física en la formación de los niños, el golpear a la esposa, temprana iniciación en la vida sexual, uniones libres o matrimonios no legalizados, una incidencia relativamente alta de abandono de madres e hijos, una tendencia hacia las familias centradas en la madre y un conocimiento mucho más amplio de los parientes maternos, predominio de la familia nuclear, una fuerte predisposición al autoritarismo y una gran insistencia en la solidaridad familiar, ideal que raras veces se alcanza. Otros rasgos incluyen una fuerte orientación hacia el tiempo presente con relativamente poca capacidad de posponer sus deseos y de planear para el futuro, un sentimiento de resignación y de fatalismo basado en las realidades de la difícil situación de su vida, una creencia en la superioridad masculina que alcanza su cristalización en el machismo, o sea el culto de la masculinidad, un correspondiente complejo de mártires entre la mujeres y, finalmente, una gran tolerancia hacia la patología psicológica de todas clases.³⁵

Uno de los aspectos más importantes de la cultura es la religión, la cual Sánchez Vázquez conceptualiza así, "es en un sentido amplio, la fe o creencia en la existencia de fuerzas sobrenaturales, o en un ser trascendente, suprahumano (o Dios), al que se halla vinculado o relegado el hombre. Desde el punto de vista de las relaciones entre el hombre y la divinidad, la religión se caracteriza: a) por el sentimiento de dependencia del hombre respecto a Dios; b) por la garantía de salvación de los males terrenos que la religión ofrece al hombre en otro mundo. Esta caracterización, aplicada sobre todo al cristianismo significa: 1) la afirmación de Dios como verdadero sujeto, y la consiguiente negación de la autonomía del hombre; 2) la transposición de la verdadera liberación del hombre a un mundo trascendente, ultraterreno, que sólo puede alcanzarse después de la muerte."³⁶

"Para muchos participantes del rito religioso el significado mítico o simbólico de sus actos es apenas comprendido; siguen las costumbres como una parte de su adhesión a la fe, pero con poco conocimiento sobre los orígenes o el significado de sus prácticas. La religión ofrece de cierto modo fortaleza,

justificación --aunque irrefutable-- y resignación ante la desgracia o la adversidad, incluso se le ha encontrado gran relación al logro de nuevos adeptos con estos momentos, por ejemplo: "Las sectas protestantes han surgido frecuentemente entre los pobres y los desheredados, a los cuales ofrecen consolación, seguridad y esperanza de mejores épocas."³⁷

Entre las religiones que cuentan con más seguidores se encuentra la católica. La doctrina católica romana define a la Iglesia como el medio a través del cual puede ganarse la salvación. "Tradicionalmente la iglesia católica había sostenido que cualquier método mecánico o artificial para controlar los nacimientos era inmoral porque interfería con el nacimiento de seres humanos, propósito "principal" del matrimonio, aunque los métodos "naturales" que no implican el uso de artefactos artificiales y no evitan específicamente el proceso del nacimiento, sí se permiten."³⁸

Actualmente, en razón de los problemas del descenso en tasas de mortalidad infantil, mayor longevidad, explosión demográfica y alto costo de mantener a los hijos, el hambre a nivel masivo, los conflictos entre diversos puntos de vista como en el caso de niños que nacen con defectos, cada día más religiones ajustan sus puntos de vista y han incluido el permiso de usar anticonceptivos y el concepto de paternidad responsable, o bien, las personas han tomado sus propias decisiones sin necesidad de aprobación religiosa.³⁹

2.3 Familia y asignación de roles

La familia se considera la célula de nuestra sociedad y al mismo tiempo un reflejo de la misma. "La familia tradicional está compuesta por una madre, un padre y los hijos que viven juntos en una casa y funcionan como una unidad. A veces, otros parientes forman parte de esta unidad"⁴⁰

Al comprenderse el proceso de la reproducción, se procuró proveer de lo mejor al niño; de este modo surgieron el matrimonio y la familia, trayendo al hijo el beneficio del amor. Por la tanto el matrimonio es "la forma en que la mayoría de las sociedades se las arreglan para que los productos y servicio de hombres y mujeres sean intercambiados. También...una relación relativamente permanente entre adultos hombres y mujeres ofrece una estructura (la familia) mediante la cual el hombre puede proporcionar comida y protección y la mujer puede alimentar, y ofrecer la intensa interacción que se necesita para el desarrollo saludable del niño. El matrimonio es una forma de asignar responsabilidades para este cuidado...liga a diferentes familias y grupos de

parentesco. De esta manera conduce a la cooperación entre grupos de gente, mayores que la unidad primaria del hombre y mujer y esto se presenta como una gran ventaja para la supervivencia de las especies⁴¹

Entre otras, la familia tiene las siguientes funciones⁴²:

- Brindar afecto, seguridad y protección a cada uno de sus miembros.
- Proporcionarles cuidado educación y status.
- Proporcionar el desarrollo integral y sano de sus descendientes,
- Transmitirles las pautas culturales del grupo al que pertenecen y ayudarlos en el procesc de socialización.
- Reproducirse responsablemente con el fin de cumplir adecuadamente con las funciones.

Por lo anterior es sumamente importante que la familia se encuentre bien planeada desde el momento mismo en que la pareja decide unir sus vidas, debe conducirse responsablemente especialmente en cuanto al número de hijos que desea y puede procrear considerando sus posibilidades económicas, psicológicas y sociales.

2. 4 Características de sociedad rural

"A raíz de la conquista de México por los españoles, los indígenas no sólo fueron despojados y explotados, sino que se erigió toda una serie de justificantes ideológicos para encubrir la realidad. Inicialmente se afirma que los indígenas carecen de alma y por lo tanto se catalogan como sub-hombres, necesitados de dirección y revelación --por hombres superiores--, de los misterios divinos y de la civilización. Los españoles --los misioneros y soldados-- justificaron ante el mundo el saqueo a que reducen las tierras recién conquistadas, señalando que su labor es precisamente evangelizar y cultivar a los naturales.....Los indígenas --y la tenencia comunal de la tierra-- son calificados como un residuo del pasado que habría que eliminar o mediante las armas como sucede con las matanzas de indios yaquis, mayas, etc., bajo el porfiriato, o bien, incorporándolos por la fuerza a la cultura occidental." ⁴³

En México, los estados con marginación muy alta ocupan el 53% del país, los de nivel medio el 36% y los de bajo índice el 11%.

"La canalización del material, materias primas, géneros alimenticios y mano de obra provenientes de las zonas "atrasadas" permite el rápido desarrollo de los polos de crecimiento urbano, condena a las zonas proveedoras al mayor estancamiento y al subdesarrollo. Los hombres más jóvenes, audaces, capacitados y con recursos económicos emigran a las ciudades a quienes hacen prosperar, dejando atrás, en la comunidad rural a la fuerza de trabajo más cansada, menos audaz, sin recursos y sin capacitación técnica.....La unidad socioeconómica campesina que tipifica la agricultura tradicional se compone por las tierras comunales o ejidales donde la familia entera trabaja no con la finalidad fundamental de producir mercancías agropecuarias para vender, sino para su consumo individual y social.....Si permanecen con su estructura tradicional se debe tanto a su fuerza interna como a que el propio sistema le procura satisfactores: venden sus productos más baratos que el costo real de producción; proporciona mano de obra temporal y barata a la agricultura "moderna", industria, comercio y otros servicios de las áreas circunvecinas; compra bienes de consumo a precios mucho más elevados que los existentes en las zonas urbanas; finalmente, paga altas tasas de interés al capital usurario."⁴⁴

Gomezjara enuncia las siguientes características de la sociedad rural⁴⁵:

- Las entidades pequeñas de población suelen ser generalmente centros de vida rural.
- Dispersión de los habitantes en las comunidades rurales
- Las gentes dependen predominantemente de la agricultura o de la crianza de animales.
- Tanto el agricultor como el cazador y el pescador están en contacto constante con la naturaleza, por lo que el hombre rural tiende a mirar a la tierra como la más importante de todas las herencias y como la fuente primaria de las riquezas. Aunque es conservador, puede alinearse en movimientos revolucionarios si se ve en peligro la propiedad de la tierra o si desea conseguir esa propiedad.
- Por regla general, su producción está destinada a satisfacer las necesidades inmediatas.

- A cada individuo le corresponden infinidad de tareas: sembrar, abonar, recolectar, conseguir crédito, construir su casa, tejer o producir los instrumentos de trabajo, etc.
- Todos los habitantes se conocen unos a otros, y hay entre todos numerosos contactos de afecto y de amistad.
- Hay mayor presión colectiva frente a menor control social.
- La estratificación social, o las clases sociales en la vida rural son estables.
- Mayor índice de analfabetismo.
- Cada individuo se mueve dentro de círculos colectivos relativamente fijos en los cuales lo han colocado sus relaciones familiares, su vecindad y la tradición, en donde realmente tienen pocas alternativas que elegir.

Las epidemias, endemias e infecciones causan altos índices de morbilidad debido a la falta de conocimientos sanitarios, de higiene, de alimentación suficiente y de medicamentos efectivos.

Escalante agrega otros aspectos distintivos⁴⁶:

- Disponer de un área geográfica definida.
- A los miembros les unen lazos de parentesco.
- Tienen intereses comunes.
- Además de tener antecedentes comunes, participan de una misma tradición histórica.
- Los problemas confrontados por el mayor número de miembros de la comunidad los ha identificado creándoles un sentimiento de pertenencia al grupo.
- Las relaciones entre los miembros de la comunidad por lo general son cara a cara
- Son tributarios de un cuerpo de instituciones y servicios. De modo que la distinción básica de una comunidad con otros tipos y clases de grupos, reside en el hecho de que el individuo puede satisfacer dentro de ella, casi

totalmente el cúmulo de necesidades biológicas, sociales, culturales y económicas.

2.5 Situación de la mujer en el área rural

Para las mujeres que todavía viven en el campo, cocinar, cocer y ser amas de cada, cuyas actividades están totalmente concentradas en el hogar, el es poso y los niños, estas cualidades son el sinónimo de buena madre. "En las regiones indígenas la participación de la mujer es muy poca para lo que es tomar decisiones comunitarias, a la mujer se le tiene siempre en la casa cuidando a los niños y con los quehaceres de la misma."⁴⁷ A continuación se mencionan algunas características de la mujer indígena.

- Se embaraza seguido
- Da pecho al niño hasta después del año.
- También trabaja en el campo, aún embarazada o dando pecho.
- Hace quehaceres de la casa, hace tortillas, prepara los alimentos, etc.
- Acarreo de agua, leña, aseo de ropa y casa; cuida a los enfermos y a veces asiste a fiestas.
- Mucho trabajo y poca participación en la toma de decisiones comunitarias.
- Dentro de la familia se le conoce, no productiva.
- Casi siempre es la última que come.

La profesora Edda Alatorre explica como se desarrollan estas actividades en un día en la vida de una mujer indígena.

"Se levanta antes del amanecer para preparar el almuerzo y la comida del día; acompaña al marido a la labor del campo donde siembra, limpia la milpa, cosecha, desgrana el maíz, sacude el frijol y guarda los productos; atiende a los animales, asea la casa, levanta la ropa y cuida de sus hijos y marido."⁴⁸

"En la mujer se valoran "la virtud, el respeto al marido, la honestidad, la laboriosidad, la religiosidad; estar más en su casa que en la calle; saber

realizar las labores hogareñas: moler, preparar la comida, tejer, zurcir, atender a los hijos o a los hermanos menores..... Además la prevalencia de enfermedades agudas es mayor en el sexo femenino no es extraño entonces que a los 35-40 años la mujer indígena esté prematuramente envejecida, con la piel seca y pálida por desnutrición, anemia y exposición permanente a los rayos solares con el abdomen abultado por un embarazo, por parasitosis intestinal o por flacidez de los músculos abdominales como secuela de múltiples embarazos."⁴⁹

Esta, sin duda, es una situación desventajosa y está rodeada de múltiples factores de riesgo para su bienestar biopsicosocial, pero no sólo para ella pues aunque pobremente reconocida, su labor en el núcleo familiar es vital e insustituible.

"También, en dichas zonas rurales son las mujeres quienes llevan el peso de la Planificación Familiar. Algunas se atan hiervas alrededor de la cintura o se las introducen en los genitales para evitar el embarazo, pero la tasa de fracaso es alta."⁵⁰

2.6.- El hombre ante la Planificación Familiar

Network considera que los hombres son la mitad olvidada en la planificación familiar, que ellos estarían dispuestos a participar si tan sólo se les solicitara.

Jefrey Spieler atribuye esta situación a que "sabemos cómo prestar servicios de planificación familiar a las mujeres más que a los hombres y, además, los fondos disponibles para los programas exclusivamente masculinos han sido limitados"⁵¹

Pero Network encuentra otras razones también importantes que determinan esta orientación femenina de los programas : la amenaza real a la salud de la mujer que plantean los embarazos excesivos, el fuerte vínculo entre la planificación familiar y la liberación femenina, y la decisión política y práctica, en muchos países en desarrollo, de prestar servicios de planificación familiar a través de las redes atención para la salud materno infantil.

La doctora Seneyake señala: "Hay millones de mujeres que mueren durante el parto. Los hombres están comprendiendo que ellos pueden hacer algo para evitar dichas muertes.....(sin embargo) en la mayoría de las sociedades, los hombres desempeñan un papel dominante en la toma de decisiones sobre

planificación familiar. Numerosos estudios han encontrado que la pareja de una mujer no sólo influye en la decisión sobre si ella usará la planificación familiar, sino que también afecta la forma en que ella utilizará el método seleccionado...Las encuestas indican que por lo menos un tercio de los hombres considera que la planificación familiar debe ser una decisión conjunta. Los otros dos tercios consideran que el hombre debe tomar la decisión."⁵²

Por otro lado, Therese y Asara Bamba encuentran los orígenes de este fenómeno en lo siguiente: "Ellos (los hombres) están dispuestos a instruirse sobre los anticonceptivos modernos y a usarlos, pero tienen inquietudes sobre la planificación familiar. Temen perder sus hijos a los estragos bien conocidos causados por las enfermedades. Temen a los nuevos medicamentos y dispositivos que tienen la reputación de no ser inocuos para los usuarios. Temen, probablemente con toda razón, que pueda cambiar el equilibrio del control sobre la planificación familiar."⁵³

Por lo anteriormente expuesto sería interesante analizar la propuesta sobre la necesidad de elaborar más programas para asesorar y motivar a los hombres ⁵⁴sobre la Planificación Familiar.

CAPITULO 3

GENERALIDADES DEL ESTADO DE CHIAPAS

3.1 Densidad de población, natalidad, esperanza de vida y mortalidad.

Los siguientes datos estadísticos corresponden al anuario del estado de Chiapas de 1996.⁵⁵

En el año de 1996, el estado de Chiapas estaba habitado por 3.78 millones de personas, lo que le ubicaba en el octavo lugar entre los estados más poblados, y representaba el 4.1% de la población nacional.

Durante el mismo año ocurrieron 109.7 mil nacimientos y 16.8 mil defunciones, lo que implicó un incremento absoluto de 92.9 mil chiapanecos. El crecimiento neto de población en números absolutos ascendió a 72.3 mil personas.

La tasa de crecimiento demográfico de Chiapas era de 1.91% en 1996, lo que superaba la media nacional (1.68%). La tasa de crecimiento natural fue de 2.46% anual.

La esperanza de vida al nacimiento era de 71.8 años, 68.7 años para los hombres y 75.1 años para las mujeres; lo que representaba el tercer lugar entre las entidades federativas con menor esperanza de vida que comparada con la del Distrito Federal equivale a un riesgo de fallecer 25% mayor.

En el año de 1996, se registraron 37.6 defunciones por cada mil nacimientos, colocándole en el segundo lugar de las entidades federativas con mayor mortalidad infantil, y muy por arriba de la media nacional que es de 27.9 por cada mil nacimientos. El riesgo de fallecer en el primer año de vida es más del doble que en el Distrito Federal (17.6 por mil). En el mismo año, se estima que murieron 4.1 mil menores de un año de edad, lo que significa 24.5% del total de defunciones ocurridas en el estado (16.8 mil), que es una proporción superior a la registrada para el país (15.0 %).

3.2 Nupcialidad, paridad y uso de métodos anticonceptivos

La tasa global de fecundidad de Chiapas es de 3.55 hijos en 1996, superando en casi un hijo a la media nacional (2.73 hijos) y excediendo en más de 1.4 al nivel del Distrito Federal, de manera que cuenta con la mayor tasa global de fecundidad en México.

Entre las 109.7 mil mujeres que parieron en dicha entidad, 25.8 mil tenían menos de 20 años de edad y 11.8 mil, más de 35 años. La fecundidad de cada mujer tiene cierta relación con la edad que tiene en su primera unión.

En relación a la nupcialidad, la edad mediana en la primera unión, es de 19.5 años, 2.4 años menor que la nacional (22 años).

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, 318.8 mil mujeres en edad fértil usan algún método de control, lo que constituye el 3.2% de usuarias en todo el país, y el 51.1% dentro del estado, mientras que la proporción nacional es de 66.5%). Del total de mujeres chiapanecas nuligestas, sólo 6.7% usan algún método anticonceptivo para retrasar el nacimiento de su primogénito.

Dentro del estado, 33.5% de las mujeres unidad sin escolaridad practica la Planificación Familiar; 52.7% de las mujeres con la primaria incompleta lo hacen; y en aquellas con secundaria o más, la cobertura supera el 75%.

Para el año de 1995, el patrón de uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres chiapanecas unidas, en edad fértil y usuarias de metodología anticonceptiva se distribuye de la siguiente manera: 48.5% optaron por la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB), 16.9% prefirieron el ritmo y el retiro, 13.4% eligieron el Dispositivo Intrauterino (DIU) y 10% recurrieron a las pastillas.

En relación a la fuente de obtención de los métodos anticonceptivos dentro del estado de Chiapas, 78% de las mujeres adquieren el método en alguna institución pública --IMSS 50%, Secretaría de Salud 17.9% y 10.1% en el resto--, 11.2% en el sector privado y 10.8% los compran en farmacias.

3.3 Actividad económica y movimiento migratorio

Se considera que en el año de 1996, 11.3 mil personas inmigraron a Chiapas mientras que 31.9 mil emigraron, dejando una pérdida neta por migración de 20.6 mil individuos en consecuencia, lo que representa una reducción media anual de -0.54%.

De los emigrantes, 30.2 mil se establecieron en el resto del país y 1.7 mil en el extranjero. El destino de los emigrantes guarda cierta relación con el sexo, entre los hombres, 21.8% se dirigieron en Estados Unidos, 11% a Tabasco y 10.6% en Veracruz, caso contrario el de las mujeres que 9.3% emigraron a Estados Unidos, 14.2% a Tabasco y 13.3 a Veracruz.

En los no migrantes, las opciones laborales se concentran principalmente en actividades manuales sin calificación (64.6%); en contraste, los migrantes realizan más actividades no manuales, 57.1% y 43.6%, respectivamente.

La agrupación por rangos de edad entre los chiapanecos en 1996 se caracteriza por un predominio de gente más joven que la nacional, 41.5% de menores de 15 años y la pérdida neta por migración agrava la disparidad de población en edad laboral (15-64 años): 55.6% frente al 60.5%.

Este estado cuenta con una gran participación de mayores de 12 años en la actividad económica: 59.3%, ocupando el tercer lugar a nivel nacional.

También era la entidad con mayor marginación y fecundidad en 1990, así como uno de los estados con más alta tasa de mortalidad infantil. Esto se traduce en condiciones socioeconómicas desfavorables provocando un círculo vicioso entre pobreza y rezago demográfico.

3.4 Dispersión y densidad de la población

Chiapas cuenta con 119 municipios, sin embargo, en Tapachula, San Cristóbal de las Casas y Tuxtla Gutiérrez, capital del estado, radica el 15.6% de la población del estado. Tiene 16,422 localidades, la mayoría de estas son pequeñas, 93% de ellas contaban con menos de 500 habitantes en 1990, agrupando el 30% de la población; en oposición, el 7% restante de las localidades vivía 70% de los habitantes en la entidad.

3.5 Población indígena

En 1990, en el estado de Chiapas, la población indígena ascendía a 885.6 mil personas que representa el 27.6% de la población total del estado y representa 13.8% de los 6.4 millones de hablantes de lenguas indígenas de todo el país. Los principales dialectos que se hablan en Chiapas son: tzeltal, tzotzil, chol y tojolabal. Esta población indígena se asienta en su mayoría en el norte del estado, en las regiones de Los Altos, Selva y Frontera, regiones que también padecen mayor marginación.

En base a los datos recopilados en el año de 1996, el Consejo Nacional de población calcula las siguientes tendencias demográficas: de continuar las tendencias actuales, se calcula que la población de Chiapas incrementará a 4.06 millones en el año 2000, 4.35 en 2005 y 4.59 millones en 2010.

CAPITULO 4

MUNICIPIO DE TENEJAPA⁶⁶

4.1 Localización geográfica

Tenejapa es un municipio del estado de Chiapas, a 27 km. de San Cristóbal de las Casas, en la región de los altos, es decir al noreste de la entidad, colinda al norte con los municipios de Chenalho y San Juan Cancúc, Oxchuc al este, Huixtán al sur, Mitontic y San Juan Chamula al oeste. Tiene una extensión territorial de 99.4 km. cuadrados y una altura de 1970 mts sobre el nivel del mar. El clima es húmedo frío.

Se compone de 50 localidades y la cabecera municipal tiene una extensión de 27 km. cuadrados y está poblada por 1633 habitantes que en su mayoría son indígenas.

4.2 Condición socioeconómica

En base al estudio de comunidad 97-98, dentro de la cabecera municipal se encuentran 448 casas construidas principalmente de adobe y madera. En promedio, cada vivienda es habitada por 4 o 5 personas.

La productividad se basa en las siguientes actividades económicas: agricultura (54.5%), empleada (8.8%), profesional (2.8%), obreros (3.5%), artesanos (10.4), comercio (9.4%) y otras (9.4%). El comercio es tipo informal en su mayoría y se desarrolla en una pequeña plaza que se organiza dos días, por semana. Estos días la gente compra o hace trueque de algunos alimentos (producto del campo), lo demás lo adquieren en San Cristóbal de las Casas.

En materia de comunicación Tenejapa cuenta con una carretera pavimentada que va a San Cristóbal, las que le comunican con otras localidades pequeñas son de terracería; cinco teléfonos particulares y uno en servicio de caseta, tres equipos de radio banda CV, uno en la presidencia municipal, uno en el Centro de Salud (SSA) y uno más en la Unidad Médica Rural (IMSS).

4.3 Usos y costumbres

En términos generales, la población tenejapeca se alimenta de huevo, maíz y sus derivados principalmente, tres veces a la semana consumen fruta y/o verdura y ocasionalmente comen carnes, pescado, leche y sus derivados.

En la gente indígena predominan los hábitos higiénicos en el siguiente orden: cambio de ropa y aseo de la vivienda una vez por semana, baño completo tres veces por semana e higiene bucal esporádica.

Mientras que los mestizos son prácticamente ignorados, la gente de las comunidades se reúnen en la cabecera municipal para la celebración (adoración) de las imágenes que se encuentran en la iglesia, además para ellos es una oportunidad para convivir. Esta se lleva a cabo en las afueras del templo con ritos acompañados de música propia de la región y la ingesta de bebidas embriagantes (posh). El alcoholismo es un hábito adoptado por la mayoría de hombres y también por algunas mujeres.

Aún en las cuestiones políticas como la elección de gobernantes, la gente mestiza se muestra poco participativa, tal vez debido a que son minoría por lo que son los indígenas quienes toman este tipo de decisiones. Lo anterior se refleja en que la mayoría de autoridades municipales actuales son indígenas.

La mayoría de la población tiene las siguiente creencias:

- Se piensa que si una mujer embarazada se moja con agua de lluvia su producto se enfría
- Las malformaciones congénitas se consideran brujería.
- Las mujeres difícilmente aceptan llevar a los recién nacidos al Centro de Salud o Unidad Médica Rural a recibir sus primeras vacunas porque piensan que es nocivo para el bebé salir de su casa antes de cumplir la cuarentena.
- Después del nacimiento madre e hijo deben permanecer alrededor del fuego para evitar mal aire.
- Creen que cuando muere una persona su espíritu va a despedirse a todos los lugares que visitó.

4.4 Condición de la mujer

En la cabecera municipal habitan 844 mujeres, lo que representa el 51.63%, de las cuales 473 (50.10%) se encuentran en edad fértil (12-49 años).

Desde muy pequeña la mujer es acostumbrada a cargar al hermano menor, arrullarlo y calmarlo aún cuando haya poca diferencia de edades.

En la adolescencia convive poco con muchachos, si acude a fiestas es acompañada por su madre, se casan a temprana edad y salen poco de su casa.

Estas mujeres pertenecientes a la etnia "tzeltal" se caracterizan por ser: poco sociables, trabajar en su casa y campo, son tímidas, inseguras, subordinadas y dependientes del hombre (padre o esposo), sumisas, atentas a sus costumbres religiosas, monolingües generalmente, tienen muy poca escolaridad, desaliñadas, salen poco del municipio, tejen y bordan en su tiempo libre, adelgazan la voz al hablar, cargan a los hijos aún estando enfermas, acarrean grandes cantidades de leña, amamantan por más de dos años, caminan largas distancias hasta su terreno, atienden su parto con parteras tradicionales o son ayudadas por su madre. Tienen pocos medios de distracción por lo que cualquier evento ocurrido en el lugar despierta mucho su curiosidad.

Su atuendo es elaborado por ellas mismas, pues comprarlo hecho les resulta bastante caro. Este consiste en trenzas unidas por una cinta tejida, una especie de chaleco blanco bordado con colores vivos con una playera o camisa abajo, una nagüa azul marino de cuatro a seis metros de ancho también bordada, que al vestir se pliza hasta quedar entallada y fijada con una faja guinda de aproximadamente dos metros, una pequeña capa de lana natural negra y cualquier tipo de calzado o ninguno. La mayoría no usa ropa íntima.

Al igual que sus congéneres de otras etnias en un día realizan varias actividades como: prender el fuego desde horas tempranas (con leña), preparar el maíz, moler el nixtamal, hacer tortillas a mano, preparar alimentos, cuidar de los hijos y los animales, hacer el aseo del hogar, cuando hay plaza salen a comprar alimentos, ir al campo con el niño en la espalda casi todo el tiempo mientras ara, chaporrea, cosecha o desgrana el maíz o café, regresan

al atardecer a preparar sus alimentos nuevamente y el tiempo que les queda libre tejen o bordan su atuendo. Se relacionan muy poco con los mestizos.

4.5 Servicios de salud

Los siguientes eventos se presentaron en la cabecera municipal de Tenejapa de agosto de 1997 a julio de 1998. En este lapso se registraron 28 nacimientos (59.1/100 000 habit.). Las principales causas de morbilidad son: infecciones respiratorias agudas, 317 casos; parasitosis intestinal, 114 casos; desnutrición infantil, 98 casos; enfermedades diarreicas agudas, 70 casos y 29 casos de dermatitis.

En relación al estado nutricional se detectaron 18 niños menores de 1 año que van de la desnutrición leve a la severa y 80 niños entre 1 y 4 años en las mismas condiciones.

En el mismo periodo se registraron dos muertes causadas por nefropatía, una por bronconeumonía y una más por colecistitis.

Se observa que entre los factores de riesgo más importantes se encuentran: malos hábitos higiénicos, clima frío y lluvioso, material de construcción deficiente, alcoholismo, vestimenta inadecuada, hacinamiento y nivel socioeconómico bajo.

En servicios de salud se cuenta con un Centro de Salud Rural (SSA) y una Unidad Médica Rural (IMSS). El área de influencia de la SSA es de 19 localidades (38%) y la del IMSS 31 localidades (62%) y ambas prestan servicios en la cabecera municipal.

El personal a disposición del Centro de Salud son: dos médicos generales, dos auxiliares de enfermería, un pasante de enfermería, un pasante de Técnico en Salud Comunitaria y parcialmente, una pasante de Licenciatura en enfermería y obstetricia.

CAPITULO 5

PARTICIPACION DE LA SECRETARIA DE SALUD EN LA PLANIFICACION FAMILIAR

5.1 Justificación de la Estrategia de Extensión de Cobertura⁵⁷

Existe gente que habita en localidades rurales pequeñas y alejadas que no cuentan con los servicios de salud que el resto de la población mexicana, por esta razón resulta necesario proporcionar medios de prevención y fomento a la salud para reducir los índices de morbilidad que en estas zonas generalmente son altos debido a las condiciones de vida y a la dispersión de sus asentamientos que complican la prestación de dichos servicios.

Han sido muchas las iniciativas que en materia de salud se han realizado, principalmente por parte de la Secretaría de Salubridad (SSA), con la intención de hacer participe a la comunidad en la solución de sus propios problemas, tal es el caso del Programa de Extensión de Cobertura (PEC) y el Programa Comunitario Rural (PCR), bajo la coordinación de la Dirección General de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar respectivamente.

En 1979 se fusionaron para dar lugar al Programa de Salud Rural que rescató lo más eficaz y adecuado de ambas experiencias para estipular sus estrategias y lineamientos.

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

Según el XI Censo Nacional de Población y Vivienda de 1990, la dispersión del país es tal que en 98.3% de las localidades radica el 28.7% de la población total del país. Ante esta situación, en 1985 la SSA con base en la experiencia del Programa de Salud Rural (PSR) crea la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) como herramienta para llevar servicios básicos de salud y así procurar el bienestar social.

En resumen, la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) constituye un conjunto de servicios de Atención Primaria a la Salud, diseñada para satisfacer

las necesidades básicas de los habitantes de las comunidades rurales dispersas.

Los objetivos de la Estrategia de Extensión de Cobertura son proporcionar servicios de Planificación Familiar y Atención Primaria a la Salud a la población rural, promover la participación de la comunidad en la satisfacción de sus necesidades y contribuir a formar una cultura de salud a través de acciones educativas y preventivas, lo que redundará en la reducción de la fecundidad y contribuye al descenso de la morbilidad y mortalidad maternoinfantil.

Los diferentes servicios que se prestan en la EEC son: Planificación Familiar, atención al embarazo, parto y puerperio, atención al menor de cinco años, incluyendo la distribución de sobres de hidratación oral y el esquema básico de vacunación. Para el logro de los objetivos se procuran servicios con las siguientes características: calidad y calidez, es decir, proporcionarlos en un marco de dignidad y trato humano, y accesibilidad económica.

5.2 organización del programa

En las comunidades con menos de 2,500 habitantes que cuentan con la cobertura de la Estrategia de Extensión de Cobertura, existe un personaje que es elegido por el Comité de Salud de la comunidad y sirve de enlace entre la población y la Secretaría de Salud. A este personaje se le conoce como Auxiliar de Salud y es el responsable de difundir aquello que se le ha transmitido como medios de prevención a través de capacitaciones formales o en servicio para que su comunidad no quede desprotegida.

Tanto el auxiliar de salud como el resto de personal de la Estrategia deben tener conocimiento de las características de la comunidad como son: tipo, ubicación, vías de comunicación, líderes, autoridades, grupos formales, servicios públicos y organización, además de los valores, costumbres, tradiciones, etc.

El esquema operativo consiste en la interacción que existe entre un(a) Coordinador Médico Jurisdiccional que conduce las actividades de cuatro enfermeras supervisoras, cada una de las cuales tiene a su cargo coordinar y apoyar el trabajo de diez auxiliares de salud.

Además de la coordinación, la enfermera supervisora adiestrada en servicio y asesora a cada uno de estos auxiliares a quienes tiene la responsabilidad de visitar dos veces al mes para supervisar la forma en que llevan a cabo sus

tareas, ayudarles en la prestación de servicios a la población, asesorarlos en la resolución de sus dudas, proveerles los materiales necesarios y recabar la información registrada en los calendarios de control de actividades relativas a los usuarios de Planificación Familiar, a las mujeres embarazadas, a los niños menores de 5 años de edad y al resto de la comunidad.

La capacitación inicial y el adiestramiento en servicio de estos auxiliares de salud se realiza en los cursos formales impartidos por el nivel nacional, nivel estatal, nivel jurisdiccional o bien en las supervisiones que se realizan a las comunidades o en las reuniones mensuales. Estas actividades son responsabilidad de las supervisoras de auxiliares de salud.

La auxiliar de salud y la supervisora realizarán y actualizarán anualmente el censo y el croquis de la comunidad para contar con el recuento de los habitantes y su agrupación por edades y sexos, escolaridad, número de parejas y familias, e identificar a las mujeres embarazadas.

Las funciones fundamentales del Coordinador Médico Jurisdiccional son programar, coordinar, dirigir, capacitar, supervisar, informar y evaluar las actividades en los componentes comunitarios e institucional en el ámbito jurisdiccional.

5.3 Convenio ENEO-DGSR

En octubre de 1990, la Secretaría de Salud y la Universidad Nacional Autónoma de México suscribieron un programa específico de colaboración que tiene como objetivo, entre otros, contribuir en el mejoramiento de la calidad de los servicios que se proporcionan en la Estrategia de Extensión de Cobertura, participar en la capacitación de los auxiliares de salud, complementando la enseñanza teórico-práctica de los pasantes de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

Tomando en cuenta que la Universidad Nacional Autónoma de México se vincula con las instituciones públicas con el fin de que los pasantes de sus diferentes disciplinas realicen su servicio social, se consideró importante incorporar al pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia como el recurso idóneo para apoyar la capacitación de los auxiliares de salud debido a la responsabilidad que tiene este último de atender a la población para lo que es necesario que cuente con conocimientos actualizados sobre atención primaria a la salud. La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia brinda al pasante la oportunidad de consolidar los conocimientos adquiridos durante su

preparación académica e involucrarse en la atención de los aspectos de salud del área rural de nuestro país. El Convenio Específico de Colaboración tiene la finalidad de integrar a la función de capacitación-supervisión de la supervisora de auxiliares de salud, el apoyo del pasante de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia para el desarrollo de la capacitación a la auxiliar de salud y la partera tradicional.

El pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia al quedar inscrito en el programa de Salud Reproductiva de la Estrategia de Extensión de Cobertura, adquiere el compromiso de apoyar en la capacitación de los auxiliares de salud y, cuando es posible también de las parteras tradicionales sobre atención primaria a la salud pero haciendo hincapié en la salud reproductiva.

Para tal efecto el pasante debe:

- elaborar un diagnóstico de necesidades de capacitación.
- elaborar, ejecutar y evaluar un programa de capacitación para auxiliares de salud y parteras tradicionales.
- capacitar a las auxiliares de salud y a las parteras tradicionales pertenecientes a las diferentes comunidades del módulo asignado, de acuerdo al programa de capacitación.

La capacitación a realizarse por el pasante está definida como capacitación en servicio y consiste en una asesoría individualizada proporcionada al momento de la prestación del servicio. Es necesario que el pasante se traslade a cada una de las comunidades del módulo al que está adscrito, realizando visitas a la auxiliar de salud, que en promedio podrá ser de una o más al mes. Cada pasante creará una estrategia de asesoría para la partera tradicional de acuerdo a su disponibilidad.

La prestación de servicios de los pasantes deberá ser acorde a las normas oficiales mexicanas, vigentes en la Secretaría de Salud, relativas a Planificación Familiar y Atención Maternoinfantil. Para tal efecto el pasante debe:

- ◆ Elaborar, ejecutar y evaluar un programa general de trabajo para el servicio social.

- ◆ Coordinarse con el nivel nacional, estatal, jurisdiccional y directamente con la supervisora de auxiliares de salud en el desarrollo de funciones dentro de la estrategia de extensión de cobertura.
- ◆ Participar en actividades que contribuyan en el desarrollo de las comunidad.
- ◆ Promover la salud en las comunidades.
- ◆ Referir oportunamente los casos detectados que requieran atención de acuerdo al nivel de complejidad que presenten.

V.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Detectar los factores presentes en las mujeres no usuarias de métodos anticonceptivos, en Tenejapa, Chiapas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Describir las características socioculturales de la comunidad en estudio
- ❖ Identificar los factores de tipo biológico (o médico) que interfieren en su decisión de usar métodos anticonceptivos.
- ❖ Indagar los factores de tipo socioculturales que se interponen en el uso de métodos anticonceptivos.
- ❖ Inferir la participación de enfermería en el programa de Planificación Familiar.
- ❖ Inquirir la adecuación de los servicios de salud en el uso de Planificación Familiar.

VI.- METODOLOGIA

La presente investigación es de tipo explorativo, descriptivo.

La fuente de información es documental en lo que se refiere a la elaboración del marco de referencia, misma que apoya a la investigación de campo, motivo del proyecto.

El universo lo conforman las mujeres que habitan en la cabecera municipal de Tenejapa, Chiapas.

La población fue la resultante de mujeres que reunieron los criterios de inclusión, éstas se buscaron casa por casa.

Los criterios de inclusión son: mujeres residentes de la cabecera municipal de Tenejapa, Chiapas; que se encuentren en edad fértil (12 a 45 años), casadas o que viven en concubinato, no usuarias de métodos anticonceptivos y que se encontraron en su domicilio .

Los criterios de exclusión son: que no se encuentren en edad fértil, solteras o viudas, postmenopáusicas y usuarias de métodos anticonceptivos.

Los criterios de eliminación serán: mujeres no localizadas o que no aceptaron contestar.

Las variables a investigar fueron las siguientes:

- ⇒ edad
- ⇒ religión
- ⇒ número de hijos
- ⇒ escolaridad
- ⇒ idioma
- ⇒ grupo social

- ⇒ ocupación
- ⇒ estado civil
- ⇒ antecedentes de uso de métodos anticonceptivos
- ⇒ acceso a información sobre Planificación Familiar
- ⇒ aceptación por parte de la pareja
- ⇒ razones para no usar métodos anticonceptivos
 - factores físicos
 - factores culturales
 - factores religiosos
- ⇒ intervención de enfermería y demás personal de salud en el programa de Planificación Familiar

La recolección de los datos se obtuvo a través de una entrevista estructurada, de manera que se contó con una guía y se recurrió al apoyo de un traductor "voluntario" debido a que algunas mujeres sólo hablan dialecto "tzeltal" y muchas de ellas son analfabetas. Previamente se aplicó prueba piloto para verificar la claridad y confiabilidad del instrumento. (Ver anexo " A ")

Los datos obtenidos se concentraron en hojas de tabulación para posteriormente elaborar cuadros simples que favorecieron la descripción y análisis de resultados.

Las pruebas estadísticas empleadas fueron números absolutos y proporciones.

VII.- DESCRIPCION DE RESULTADOS

La población estudiada constó de 50 mujeres de Tenejapa, Chiapas, no usuarias de métodos anticonceptivos en el año de 1998. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes (Ver anexo " B ").

En relación a la edad de las mujeres encuestadas, podemos observar que 30% de estas tienen entre 19 y 22 años, 28% de 23 a 26, 12% entre 31 y 34 años, 10% de 15 a 18 años, mismo porcentaje de 27 a 30 y mayores de 35 años de edad. (Cuadro No. 1).

El promedio de edad de las mujeres encuestadas corresponde a 25.18 años.

En cuanto a la religión, 62% pertenecen a la católica, 20% a la presbiteriana y 18% a ninguna. (Cuadro No. 2).

Respecto a la escolaridad, 22% son analfabetas, 24% estudiaron la primaria incompleta, 40% terminaron la primaria, 10% cuentan con secundaria y sólo un 4% con bachillerato técnico. (Cuadro No. 3).

En relación a la ocupación de las mujeres estudiadas, cabe aclarar que algunas refirieron dedicarse a más de una actividad por lo que se rebasó el total del 100%. Todas las encuestadas declararon ocuparse en el hogar, 32% en la agricultura, 24% en el comercio y el 6% restante en otras actividades. (Cuadro No.4).

El idioma empleado por parte de las mujeres encuestadas es, exclusivamente español, 16%; sólo tzeltal 36% y 48% comprende los dos idiomas. (Cuadro No. 5).

En relación al grupo social, 84% de la población estudiada se identifica con el grupo tzeltal y el 16% se declara mestiza. (Cuadro No. 6).

Respecto a los servicios de salud, 74% recurren a la Secretaría de Salud, 38% al IMSS, 12% acuden con médico particular y el 4% emplean métodos alternativos. (Cuadro No.7).

El estado civil de las mujeres encuestadas corresponde a un 58% de casadas y 42% viven en unión libre. (Cuadro No. 8).

Se observa que el promedio de hijos es de 2.86 hijos/mujer y 12% de las mismas se encontraban embarazadas al momento de la encuesta.

En cuanto al número de hijos, encontramos la siguiente distribución. 4% aún no tienen hijos, 70% tienen de 1 a 3, 18% de 4 a 6 y el 8% restante cuentan con más de 9 hijos. (Cuadro No. 9).

En el contexto de la planificación familiar, 62%, afirman aspirar a tener más hijos, el 30% no lo desean y 8% no saben. (Cuadro No. 10).

Entre las razones que las motiva a desear más embarazos encontramos que 41.93% así lo planeó con su pareja, 29.03% lo haría para darle gusto a su pareja y el resto menciona otros factores. (Cuadro No. 10 A).

Mientras que entre los motivos por los que refieren no ambicionar más embarazos son, recursos económicos insuficientes, 53.33%, para evitar problemas de salud, 26.66% y el 19.99% restante menciona otros aspectos. (Cuadro No.10 B).

En materia de sentimientos y emociones experimentadas en la etapa de gestación, 38% aseguran sentirse contentas, 26% tristes, 16% preocupadas, 8% resignadas y el resto no se ha embarazado o no contestaron. (Cuadro No.11).

En lo relativo al tamaño de la familia, 80% refirieron preferir tener una familia con pocos hijos, 18% una familia numerosa y 2% no contestó. (Cuadro No.12).

Entre las razones para preferir tener pocos hijos, 85% de las encuestadas mencionan el aspecto económico, 10% por cuidado de la salud y 5% otros. (Cuadro No 12 A).

Los motivos argumentados por parte de las mujeres que prefieren una familia numerosa se encuentran muy divididos. Estos son: por obediencia a su religión, para que la ayuden, por compañía, y por simple gusto, correspondiendo 22.22% a cada uno de ellos. (Cuadro No12 B).

Respecto a las precauciones para evitar el embarazo, 12% de la población estudiada recurre a la lactancia materna, 4% confían en el movimiento migratorio de su pareja, 40% no hace nada y el resto no contestó. (Cuadro No.13).

En materia de información sobre planificación familiar, 68% de las mujeres de Tenejapa refieren haberla recibido y el 32% niegan haber sido informadas. (Cuadro No14).

Con relación al personaje que proporcionó la información sobre planificación familiar, en 61.53% de los casos mencionaron a enfermería, 15.38% al médico, 17.94% a familiares y el resto cito otras fuentes de información. (Cuadro No 14 A).

En cuanto a los antecedentes de haber empleado métodos anticonceptivos proporcionados por la Secretaría de Salud, 36% afirman haberlos usado, mientras que el 64% no ha recurrido a ellos. (Cuadro No.15).

Los métodos anticonceptivos empleados por parte de las mujeres de Tenejapa, Chiapas, 38.09% usó hormonales inyectables, 19.04% hormonales orales, 33.33% recurrió al dispositivo intrauterino y 9.52% al preservativo. (Cuadro No.15 A).

Encontramos que el lapso en el que se empleó el método fue de menos de 6 meses en 38.88% de los casos, 38.88% lo usó de 6 a 18 meses y 22.22% más de 18 meses. (Cuadro No 16).

Entre las razones para suspender el uso del método anticonceptivo, 27.77% argumentan que causaba dolor, 22.22% deseaban embarazarse nuevamente, 11.11% no toleraron la dismenorrea secundaria al método, el mismo porcentaje de encuestadas resultó embarazada, un 11.11% más se aburrió del método y 16.66% mencionaron otras causas. (Cuadro No.17).

Podemos observar que 60% de la población encuestada piensa que los métodos anticonceptivos son nocivos, 30% no los considera dañinos y el 10% no contestó. (Cuadro No. 18).

Respecto a los motivos por los que consideran nocivos a los métodos anticonceptivos, 93.33% mencionan que causan enfermedades y el 6.66% no contestó. (Cuadro No.18A).

Concerniente a las dudas que surgen sobre planificación familiar, 30% de las mujeres estudiadas aseguran que quedan resueltas cuando asisten a consulta, 66% declara que no son satisfechas y 4% no contestó. (Cuadro No.19).

Las causas por las que no quedan resueltas las dudas de las encuestadas es porque al 39.39% no le interesa, al 27.27% le da pena hablar del tema, el 9.09% lo adjudica a problemas de lenguaje, 9.09 asegura que no le mencionan el tema, 6.06% consideran que el personal responsable está mal capacitado y 9.09% lo atribuye a otras causas. (Cuadro No.19 A).

Encontramos que la postura de la población estudiada ante la posibilidad de que su pareja sea quien use el método es que le gustaría al 44%, no le gustaría al 38% y el 18% no contestó. (Cuadro No.20).

En cuanto a las razones por las que les gustaría que su pareja emplee el método, 27.27% manifestaron no querer sufrir en su persona los efectos adversos del método, 45.45% expresaron que ellas lo desean pero que su pareja no lo acepta, 13.63% mencionan otros motivos y 13.63% no contestó. (Cuadro No.20 A).

Las razones por las que no les gustaría que su pareja participe activamente en la planificación familiar, 57.89% refieren que porque a el no le gustaría, 10.52% no lo consideran correcto, 21.05% mencionan otros factores y 10.52% no contestó. (Cuadro No. 20 B).

En cuanto a la relación que guarda la religión con su posición ante los métodos anticonceptivos, 48% aseguran que su religión sí acepta su uso, 18% piensan que su religión no los aprueban, al 6% no le interesa y el 28% no sabe o no contestó. (Cuadro No. 21).

Respecto al tiempo necesario para planificar la familia, 20% piensa que se necesita mucho, el 72% no considera problemático este factor y el 8% no contestó. (Cuadro No. 22).

De las mujeres que creen que se invierte mucho tiempo en la Planificación Familiar, 20% lo atribuye a que tardan en proporcionarle el método, 20% se encuentra muy ocupada en sus labores, 10% lo adjudica a las molestias secundarias al empleo de métodos y 50% no contestó. (Cuadro No. 22 A).

En lo que concierne a la influencia de la comunidad en su decisión, 36% cree que las usuarias son rechazadas, 52% piensa que la comunidad acepta el uso de métodos anticonceptivos, al 8% no le interesa lo que piensen los demás y el 4% no contestó. (Cuadro No. 23).

La razón por la que rechazan a las usuarias según las encuestadas es porque las critican, 44.44%; porque se piensa que la Planificación Familiar fomenta la infidelidad, 11.11%; 5.5% menciona otras y 38.88% no sabe. (Cuadro No.23 A).

En cuanto a los mitos, la población estudiada ha escuchado los siguientes comentarios:48% que los hormonales provocan cáncer, 38% que la oclusión tubaria bilateral deja secuelas, 8% que el dispositivo intrauterino se encarna, 8% que todos los métodos son nocivos, 6% que el dispositivo lastima el miembro de su pareja, 4% que los métodos anticonceptivos fomentan la infidelidad, 4% que el dispositivo provoca dolor intenso, 4% que ninguno es efectivo, 12% menciona otros comentarios y 24% asegura no haber escuchado nada al respecto. (Cuadro No. 24).

VIII.- ANALISIS DE RESULTADOS

Del total de población estudiada, encontramos que la gran mayoría de encuestadas se consideran indígenas tzeltales, lo que se refleja en sus usos y costumbres; y sólo una pequeña minoría se identifica como mestiza. Sin embargo, a pesar de que éstas últimas han modificado su dinámica social para convertirse en sociedad rural, aún comparten algunos usos y costumbres de los indígenas. Esta situación corresponde a la condición estatal, ya que el estado de Chiapas cuenta con miles de localidades pequeñas y de difícil acceso, y está poblada en una tercera parte por indígenas.

En cuanto al nivel académico de las mujeres encuestadas, se observa que es mínimo ya que casi la mitad son analfabetas o no concluyeron su educación primaria, menos de la mitad apenas cuenta con la primaria completa y sólo una minoría estudió secundaria o el equivalente de bachillerato. Es importante mencionar que generalmente la educación primaria se imparte en dialecto tzeltal, por lo que la principal repercusión de la escasa escolaridad es que no aprenden el idioma español o su conocimiento del mismo es insuficiente lo que repercute negativamente en su desarrollo personal.

Así encontramos que una tercera parte de encuestadas usa el dialecto tzeltal como idioma único, casi la mitad dice entender el español y sólo las mestizas emplean el español para relacionarse. El factor lenguaje resulta poco favorecedor ya que reduce las posibilidades de comunicarse abiertamente con la población no tzeltal y por ende, con el personal de salud. Con esto su panorama se reduce a lo que viven en la misma comunidad, lo que limita su socialización con otros sectores de la población y por lo tanto les resulta más difícil abrirse a otras opciones como la de buscar una mayor calidad de vida.

Tal situación complica la prestación de servicios de salud, la penetración de los programas de medicina preventiva y reduce la aceptación de los métodos anticonceptivos ya que ésta guarda relación estrecha con la escolaridad.

Otra consecuencia de la poca instrucción es la falta de preparación técnica que les reducirá la posibilidad de desarrollarse en un ámbito laboral diferente a los acostumbrados y menos aún contemplarán la posibilidad de profesionalizarse repitiendo así los patrones ya establecidos, situación que obligará a su pareja a migrar continuamente en busca del sustento.

En relación a la ocupación se observa que al igual que en otras poblaciones indígenas se ubica a la mujer en labores domésticas. En nuestra población en estudio encontramos que el total de mujeres encuestadas se dedican al hogar, adicionalmente, una tercera parte dice participar en la agricultura especialmente en forma de apoyo al trabajo masculino; una quinta parte comercializa con los productos del campo y sólo algunas cuentan con un trabajo formal. Lo anterior puede ser un reflejo de la mentalidad social que subestima a las mujeres indígenas por considerarlas ignorantes por no saber hablar, leer o escribir en español. Aparentemente, la ocupación no parece ser un factor desfavorable para el empleo de métodos anticonceptivos.

Respecto a la edad se aprecia que más de la mitad de encuestadas se encuentra en el rango de 25 a 35 años de edad. Se obtuvo un promedio de 25.8 años, que entra en el rango de edad ideal (25 a 35 años) para desarrollar un buen embarazo. De modo que no repercute desfavorablemente en la fecundidad.

En relación a la religión, se encontró que poco más de la mitad son católicas, mientras que una quinta parte son partícipes de la religión presbiteriana y alrededor de una quinta parte declaró no identificarse con ninguna religión. Cabe mencionar que aparte de las regiones comúnmente conocidas, participan en ceremonias de carácter religioso-culturales que aparentemente tienen rasgos católicos (probablemente sea una adaptación de la misma), de las que no se pudo saber mucho por su carácter regional y por ser practicadas por personas netamente tzeltales.

Respecto a los servicios de salud se observa que casi el total de la población en estudio recurren al Centro de Salud (SSA) y/o a la unidad rural (IMSS) y sólo un número reducido tiene posibilidades de pagar la atención particular. No obstante a lo declarado, en la experiencia de la pasante, se puede apreciar que las otras opciones --como la partera, el curandero o las "monjitas"-- siguen contando con la simpatía y la confianza de esta gente. En este aspecto vuelve a surgir el problema del lenguaje debido a que la comunicación se ve afectada porque la población y el personal hablan un idioma diferente ya que éste último generalmente no es miembro de la comunidad en estudio y a pesar de que algunos entienden el tzeltal, el dialecto tiene sus variaciones de acuerdo a la región en que se emplea. Llama la atención que a pesar de que su opción más importante es el sector público y que para éste los programas de prevención como la Planificación Familiar, sean de carácter prioritario, aún no se logre la

penetración e impacto deseados, de manera que hagan conciencia y usen métodos anticonceptivos para un control natal eficiente.

Sobre el tema del estado civil, más de la mitad de mujeres encuestadas respondieron estar casadas por lo civil, y el resto declaró vivir en concubinato situación que no parece influir en la dinámica familiar ni en la decisión de emplear métodos anticonceptivos. No se mencionan las madres solteras debido a que la cohabitación en pareja fue uno de los criterios de selección.

En relación al número de hijos, más de dos terceras partes dijo tener de 1 a 3, poco más de una quinta parte tienen 4 o más hijos --en algunos casos tienen más de 9 hijos--, y sólo dos encuestadas aún no se han embarazado. Esto nos da un promedio de 2.86 hijos/madre, lo que ya supera levemente la media nacional que en 1996 es de 2.3. Y al momento de la encuesta se pudo constatar que un 12% se encontraban gestando. Esto contribuye a agravar la situación estatal ya que la tasa de crecimiento natural en el estado de Chiapas (1.91), supera la media nacional (1.68), ocupando el primer lugar en tasa global de fecundidad, superando en casi un hijo a la media nacional.

Esto cobra importancia especialmente porque dadas las características de sus múltiples comunidades, como la de Tenejapa, las condiciones de vida son de franca pobreza, dejando al estado en el segundo lugar a nivel nacional en mortalidad infantil, particularmente en el grupo de menores de un año de vida, es decir, una cuarta parte del total de defunciones en el estado, lo que se refleja en la esperanza de vida que en el año de 1996 lo ubica en el tercer lugar entre las entidades federativas con menor esperanza de vida, aunque llama la atención que en la mujer esta sea mayor.

Al cuestionar a las mujeres de Tenejapa sobre si desean tener más hijos, dos terceras partes respondieron que sí, mientras que una tercera parte manifiestan estar satisfechas con su paridad y una minoría aún no lo sabe.

En cuanto al tamaño de la familia, tres cuartas partes expresaron preferir una familia pequeña --pero no precisan con cuántos hijos es pequeña--, y casi una quinta parte reconoce desear una familia con muchos hijos. Este dato es incongruente con el anterior ya que, por un lado dicen preferir una familia pequeña y casi el mismo número de casos manifiestan desear más embarazos. Tal vez hayan respondido al cuestionamiento sobre el tamaño de familia deseado por ellas, condicionadas por ser personal de salud quien lo cuestionó y para evitar algún tipo de reprobación.

Entre las razones que les motiva a tener más hijos, dos quintas partes expusieron que así lo acordaron con su pareja y aunque esto podría denotar que están planificando, si tomamos en cuenta que el número de hijos ya rebasa lo establecido, especialmente considerando su condición socioeconómica particular, no se cumple lo que dicta la Norma Oficial Mexicana en la prestación de servicios de Planificación familiar que dice que toda persona tiene derecho a decidir cuántos hijos tener pero en forma responsable e informada, de manera que les proporcionen una buena calidad de vida. Una tercera parte reconoce que se embarazaría sólo para agradar a su pareja y poco menos de un tercio expusieron otros motivos como apoyo para trabajar en el campo, o para que la cuiden y acompañen.

Entre las que aseguran preferir una familia pequeña, la mitad expuso su situación económica, un tercio mencionó motivos de salud y una quinta parte mencionó otros o no contestó. Al parecer, están conscientes de su problemática, les preocupa la poca disponibilidad monetaria, que el terreno sea insuficiente y que los embarazos repetidos deterioren su estado de salud y esta preocupación tiene fundamento, ya que realmente viven la pobreza en carne propia y aunque el embarazo sea un estado fisiológico, dependerá de las condiciones en que se presente si llega a culminar exitosamente o, representar un riesgo en sí mismo para el binomio madre-hijo.

No obstante lo anterior, al cuestionar sobre las precauciones que toman para no embarazarse se observó que ninguna de ellas usa métodos anticonceptivos actualmente. Vale la pena aclarar que para determinar la población a estudiar, éste fue uno de los criterios de selección en razón de que deseamos saber ¿por qué no los emplean. Sin embargo, una mínima porción refirió cuidarse con la lactancia materna (con reducida efectividad anticonceptiva), otras pocas confían en su poca actividad sexual consecuente al movimiento migratorio de su pareja. y más de cuatro quintas partes reconoció que no hace nada por impedir un embarazo. Ninguna mencionó el aborto. Esta información demuestra que probablemente, en realidad están dispuestas a gestar cuantas veces resulten embarazadas, sin hacer algo por evitarlo. Probablemente recurran a algún método empírico para controlar los embarazos pero no los mencionaron en la encuesta a pesar de que sí se indagó sobre el tema.

En relación a los sentimientos y emociones experimentados al saberse embarazadas poco más de un tercio aseguró sentirse contenta con la noticia, una cuarta parte declaró sentirse triste, preocupada o resignada y el resto no precisó o no respondió. Llama la atención que sólo una tercera parte se sienta

satisfecha con su embarazo y cabe cuestionarse ¿por qué no lo evitan si no las hace felices? probablemente tengan los hijos para cumplir con los patrones establecidos o bien para satisfacer a su pareja.

Respecto a la información sobre Planificación Familiar, dos tercios aseguran si haber recibido consejería y el resto respondió que no se la han proporcionado. Cabe mencionar que esta consejería principalmente ha sido proporcionada por iniciativa del personal de salud, ya que el programa de Planificación Familiar así lo dispone y éste tiene carácter de prioritario. Si consideramos que la mayoría de mujeres encuestadas recurren al Centro de Salud o al IMSS, difícilmente no han sido abordadas sobre el tema. Posiblemente el problema de la desinformación sea por otros motivos.

En cuanto al personaje que les proporcionó información sobre Planificación Familiar, dos tercios citan a enfermería, menos de una quinta parte mencionan al médico como fuente de información y una cuarta parte refieren otras fuentes como parientes, vecinas o medios masivos de información.

Se observa que enfermería cumple su labor preventiva aunque tal vez no ha encontrado la estrategia adecuada para el logro de su objetivo que dentro del programa de Planificación Familiar es, formar una cultura de salud, mediante acciones preventivas, procurando que los servicios sean de calidad y calidez dentro de un marco de dignidad, trato humano y accesibilidad económica basados en el conocimiento cabal de la comunidad. En este sentido, es importante cuestionarse si la razón por la que no se ha logrado el impacto deseado es porque realmente no se han respetado los usos y costumbres de la población de manera que sería necesario hacer adaptaciones para que el programa sea más aceptado.

En relación a la aclaración de dudas, a pesar de que la mayoría refiere haber sido informada sobre Planificación Familiar, sólo una tercera parte afirma que le han sido resueltas sus dudas, mientras que el resto se declaró insatisfecha con la consejería.

Sobre los factores que consideran causantes de su insatisfacción dos quintas partes reconoció desinterés por el tema. Es difícil determinar si enfermería no las está conscientizando adecuadamente, o si el problema es que sienten que se atenta contra su idiosincrasia. Un tercio menciona su timidez como causante de su desinformación, este aspecto se ve agravado por la falta de privacidad, ya que los pacientes comparten un espacio común al exponer el motivo de su visita al Centro de Salud o a la Unidad Rural, por lo que algunas

mujeres no se atreven a preguntar. Aunque sólo una minoría lo adjudica al idioma empleado, consideramos que éste tiene mayor importancia ya que si bien entienden el español, su comprensión del mismo es parcial. Además la mayoría del personal de salud de base tampoco domina el dialecto tzeltal, todavía menos los pasantes, lo que limita la comunicación. Y, aunque es una minoría poco representativa, hay quienes consideran que el personal está mal capacitado.

En cuanto a su opinión sobre el efecto de los métodos anticonceptivos en la salud, dos tercios los consideran dañinos, y una tercera parte creé que son inocuos. Este factor cobra gran relevancia pues puede ser la principal causa de que no empleen los métodos anticonceptivos, aunque, es posible que su escasa instrucción los haga confundir a los síntomas o efectos adversos con una enfermedad como tal, además de que por tratarse de un recurso relativamente nuevo para ellas, cualquier molestia aislada la relacionan con el método empleado y difunden esta idea errónea entre las no usuarias que con frecuencia les creen.

En relación a su experiencia con los métodos anticonceptivos, sólo un tercio de la población en estudio refirió tener el antecedente de haberlos empleado. Lo que demuestra que el resto se basa en experiencias ajenas.

De las que han sido usuarias, más de la mitad usó métodos hormonales, orales o inyectables, una tercera parte se protegió con el dispositivo intrauterino y sólo en dos casos su pareja empleó el preservativo.

En cuanto al periodo que lo emplearon, una tercera parte lo suspendieron en el primer semestre de uso, periodo en que son más notables los efectos adversos pero en el que se espera se adapte el organismo y por lo tanto periodo insuficiente para descalificar al método. Un tercio de la población en estudio, usó el método anticonceptivo de seis a dieciocho meses, tiempo suficiente para valorar su efectividad y sólo una quinta parte lo usó más de dieciocho meses. Este fenómeno probablemente se deba a que la consejería no ha sido suficientemente reforzada, especialmente en el periodo más crítico, además la Norma Oficial dicta que todo usuario puede recurrir a los servicios de Planificación Familiar cuando presente dudas o efectos secundarios al método, aún sin cita previa. En este sentido no se descarta que haya sido mayor la presión de su pareja para que lo suspendiera.

Encontramos que los motivos expuestos para suspender el uso del método anticonceptivo empleado fue para una tercera parte el dolor –por dismenorrea,

punción o cefalea-- , una quinta parte deseaba embarazarse, el resto manifestó que se aburría de él o resultó embarazada entre otras causas.

Sobre su opinión ante la opción de que el hombre sea el usuario activo de los métodos anticonceptivos --preservativo o vasectomía--, encontramos que casi la mitad muestran agrado, más de un tercio se manifestó en desacuerdo con esta opción y casi una quinta parte no respondió, lo cual denota que a pesar de manifestar temor a los efectos adversos de los métodos, no quieren generar incomodidad en su pareja o temen que su opinión sea menospreciada. Otro fenómeno que influye en esta postura es que tratándose de una comunidad indígena, se le sigan encomendando a la mujer las labores domésticas en las que incluyen la procreación y la familia.

Respecto a la influencia de la religión, casi la mitad negó encontrar en la religión una prohibición para usar métodos anticonceptivos, una quinta parte dijo que su religión no los acepta, casi una quinta parte lo desconoce o no le interesa y el resto no respondió. En el caso de la iglesia católica, ésta tradicionalmente ha calificado de inmoral el uso de métodos anticonceptivos, por considerar propósito primordial del matrimonio el nacimiento de seres humanos. Pero ante la situación actual ha incluido el permiso para usarlos. La porción que se niega a emplear métodos anticonceptivos debido a la desaprobación de su religión no es muy elevada, por lo que sí es un factor influyente pero no determinante.

En cuanto al tiempo requerido para usar métodos anticonceptivos, una quinta parte lo encuentra desmotivante, ya sea porque tardan en atenderlas, o bien, por temor a que las molestias representen una parcial discapacidad para realizar sus labores.

Respecto a la influencia de la sociedad, más de un tercio de mujeres encuestadas piensan que la comunidad critica a las usuarias de métodos anticonceptivos, ya sea porque piensan que son infieles o porque son contrarias a sus costumbres. La mitad no encuentra desaprobación social y el resto no contestó o no le interesa. Este factor parece tener mayor peso para decidir no usar métodos anticonceptivos.

En cuanto a los comentarios negativos que han escuchado sobre la Planificación Familiar y los métodos anticonceptivos, tres cuartas partes refieren haber escuchado uno o más comentarios que enlistamos en orden de importancia: que los métodos hormonales provocan cáncer, que la oclusión tubaria bilateral deja enfermas a quienes se la realizan, que el dispositivo

intrauterino se encarna o se desplaza a otro lugar, que todos son nocivos, que el dispositivo lastima el miembro de su pareja, que los métodos fomentan la infidelidad, que el dispositivo provoca cólicos muy fuertes, que ningún método funciona. Algunos de estos comentarios ciertamente son efecto adverso de los métodos anticonceptivos, otros son una exageración y otros sólo son mitos. Esta situación, es un producto más de la escasa instrucción, ya que aún siguen obedeciendo a creencias míticas que no les permite abrirse y aceptar las recomendaciones del personal de salud porque en ocasiones son contrarias a sus normas ideales.

IX.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La poca aceptación del uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres de Tenejapa, Chiapas es un fenómeno de origen multifactorial, así encontramos factores que influyen pero no tienen gran peso en la toma de decisión, y otros de mayor repercusión, entre los primeros tenemos: el tiempo que se invertiría en la Planificación Familiar; la religión (especialmente la iglesia), y la condición socioeconómica (ya que la adquisición de los métodos anticonceptivos es gratuita). Y un factor específico del Centro de Salud, es la falta de un espacio específico para proporcionar la consejería de modo que las posibles usuarias no se sientan inhibidas ante los demás pacientes.

Los factores de mayor repercusión en la toma de decisión son los siguientes:

- ◇ Las características de la población, correspondientes a comunidades indígenas en las que se tiene una cultura muy arraigada y múltiples condiciones desfavorables para la salud.
- ◇ La escolaridad no sólo repercute en sus condiciones socioeconómicas, sino que en diversas formas complica la penetración de programas preventivos como el de Planificación Familiar.
- ◇ El idioma reduce notablemente las posibilidades de lograr una comunicación plena entre el personal de salud y la población.
- ◇ Estos factores propician que el programa de Planificación Familiar no logre el impacto deseado, ya sea porque la estrategia empleada por el personal de salud no sea muy adecuada, o bien porque las características culturales de la población compliquen su aplicación.
- ◇ Así tenemos el fenómeno de la poca socialización con otros grupos, especialmente de las mujeres, lo que refleja poca apertura o disponibilidad de modificar sus hábitos.
- ◇ La postura del hombre --miembro dirigente de la familia— ante la que se subordinan las mujeres, parece ser la más renuente al programa.
- ◇ En relación a los servicios de salud, probablemente aún no se esté cumpliendo la condición planteada por la Estrategia de Extensión de Cobertura que dice que los servicios de Planificación Familiar deben estar basados en el conocimiento cabal y respeto de la comunidad. Este

fenómeno es producto de la asignación de personal que no está tan compenetrado con la comunidad por lo que le tienen poca confianza para tratar temas como la Planificación Familiar, razón por la que siguen recurriendo a otros personajes --como la partera tradicional o el curandero-- por haberse más identificados con ellos.

Enfermería tiene una gran responsabilidad al ser la principal promotora de actividades preventivas y en muchas ocasiones la diseñadora de estrategias y materiales empleados para su logro. En el programa de Planificación Familiar no se observan deficiencias en cuanto a la capacitación técnica, sino que más bien los principales obstáculos son que no se ha logrado una comunicación cabal entre ambos elementos y que el conocimiento de los métodos anticonceptivos por parte de la población es mínimo y frecuentemente erróneo.

Aunque en menor medida, la desaprobación de los métodos por parte de la comunidad sigue influyendo en algunas mujeres que no aceptan usar métodos anticonceptivos por temor a ser calificadas de promiscuas o criticadas por ir contra sus costumbres. De modo que conforme a lo anteriormente expuesto proponemos las siguientes sugerencias:

- Adecuación del programa respetando en la medida de lo posible la cultura de la población.
- Asignación de personal de salud perteneciente a la comunidad preferentemente, o de lo contrario proporcionarle una descripción amplia de la misma.
- Proporcionar la consejería enfatizando la aclaración de ideas erróneas respecto a los métodos anticonceptivos.
- Explicar que es más fácil reducir el número de hijos que aumentar sus recursos y proporcionarles así una mayor calidad de vida.
- Propiciar mayor participación del sector masculino, informándole los beneficios de la Planificación Familiar.
- Abrir un espacio específico dentro de las unidades de salud, con el material y condiciones que permitan proporcionar consejería en un clima de confianza y privacidad.

- Dar mayor difusión al programa de modo que la opinión de la comunidad no sea desmotivante para usar métodos anticonceptivos.
- Explicarles que las precauciones que emplean algunas de ellas para no embarazarse, tienen poca efectividad anticonceptiva.
- Propiciar mayor confianza en la población para que exponga sus dudas, mostrando interés en aclararlas.

X.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹ FINE Morhon S., KUSINITZ Ivan; Amor, sexo y familia; México; PP 198.
- ² STONE, Abraham; HIMES, Norman E; Métodos prácticos para el control de la natalidad; México, 1961; pp 263.
- ³ MONROY De Velazco, Araceli; El maestro y la Planificación Familiar; México, 1981; pp 15-16.
- ⁴ Secretaría de Salud; Norma oficial mexicana de los servicios de Planificación Familiar; México, 1994; pp 10.
- ⁵ *Ibidem*, pp 24.
- ⁶ *Ibidem*, pp 18-22.
- ⁷ *Ibidem*, pp
- ⁸ PEEL, John; POTTO, Malcolm; Técnicas del control de la natalidad; México, 1972; pp 265.
- ⁹ RUIZ DE Velazco Víctor; Aspectos prácticos de los métodos de Planificación Familiar; México, 1988; pp 8.
- ¹⁰ PEEL, John; POTTO, Malcolm; Técnicas del control de la natalidad; México, 1972; pp 259.
- ¹¹ ALATORRE Winter, Edda; Informe sobre el desarrollo mundial; pp 7.
- ¹² PEEL, John. POTTO Malcolm; Técnicas del control de la natalidad; México, 1972; pp 260.
- ¹³ MONROY De Velazco, Araceli; El maestro y la Planificación Familiar; México, 1981; pp 22.
- ¹⁴ PAPALIA, Diana E; WENDKOS Old, Sally; Psicología del desarrollo; México, 1995; pp 586.

-
- ¹⁵ PEEL, John; POTTO Malcolm; Técnicas del control de la natalidad; México, 1972; pp 260.
- ¹⁶ Ibidem; pp 264.
- ¹⁷ ALATORRE Winter, Edda; pp .
- ¹⁸ THOMPSON Joce, Beebe; THOMPSON Henry, O; Ética en enfermería; México, 1984; pp 67.
- ¹⁹ RUIZ Velazco, Víctor; Aspectos prácticos de los métodos de Planificación Familiar; México, 1988; pp 3.
- ²⁰ Ibidem; pp 5.
- ²¹ MONROY De Velazco, Araceli; El maestro y la Planificación Familiar; México, 1981; pp 21.
- ²² Ibidem; pp 22.
- ²³ LEYES Y CODIGOS DE MEXICO; Ley General de Salud; México, 1995; pp 14.
- ²⁴ Consejo Nacional de Población; Manual de la familia; México; pp 91-104.
- ²⁵ Diccionario enciclopédico; Pequeño Larouse en color, México, 1997; pp 1792.
- ²⁶ ESCALANTE Fortón, Rosendo; MIÑAGO G., Max; Investigación, organización y desarrollo de la comunidad; México, 1979; pp 26-30.
- ²⁷ SAN MARTIN, Hernán; Salud y enfermedad; México, 1981; pp 724.
- ²⁸ ESCALANTE Fortón, Rosendo; MIÑAGO G., Max; Investigación, organización y desarrollo de la comunidad; México, 1979; pp 28-29.
- ²⁹ SERENA, Nanda; Antropología cultural: adaptaciones culturales; Estados Unidos, 1980; pp 51.
- ³⁰ Ibidem., pp 40.

-
- ³¹ ESCALANTE Fortón, Rosendo; MIÑAGO G., Max; Investigación, organización y desarrollo de la comunidad; México, 1979; pp 23.
- ³² Ibidem; pp 25.
- ³³ LEWIS, Oscar; Los hijos de Sánchez; México, 1961; pp XIV.
- ³⁴ Ibidem; pp XV.
- ³⁵ Ibidem; pp XVI.
- ³⁶ SANCHEZ Vázquez; Ética; México; pp 77.
- ³⁷ CHINOY, Ely; La sociedad: una introducción a la sociología; México, 1966; pp 303.
- ³⁸ FINE Morthon, S., KUSINITZ, Ivan; Amor, sexo y familia; México, 1976; pp 202.
- ³⁹ THOMPSON Joyce, Beebe; THOMPSON Henry, O.; Ética en enfermería; México, 1984; pp 81.
- ⁴⁰ FINE Morthon, S., KUSINITZ, Ivan; Amor, sexo y familia; México, 1976; pp 114.
- ⁴¹ SERENA, Nanda; Antropología cultural: adaptaciones culturales; Estados Unidos, 1980; pp 198.
- ⁴² MONROY De Velazco, Araceli; El maestro y la Planificación Familiar; México 1981; pp 16.
- ⁴³ GOMEZJARA, Sociología, México, 1989; pp 207-209.
- ⁴⁴ Ibidem; pp 276-278.
- ⁴⁵ Ibidem; pp 282-288.
- ⁴⁶ ESCALANTE Fortón, Rosendo; MAÑAGO G., Max; Investigación, organización y desarrollo de la comunidad; México, 1979; pp 34.
- ⁴⁷ FINE Morthon, S., KUSINITZ, Ivan; Amor, sexo y familia; México, 1976; pp 141.

-
- ⁴⁸ ALATORRE Wynter, Edda; La atención de la salud de las mujeres indígenas, una tarea que debemos compartir; ENEO-UNAM, 1990; pp 13.
- ⁴⁹ *Ibíd*em; pp 14.
- ⁵⁰ La Planificación Familiar en Zambia tiene como objetivo los hombres; Network en español; octubre, 1992; pp 19.
- ⁵¹ Cómo lograr mayor participación de los hombres; Network en español; octubre, 1992; pp 4.
- ⁵² *Ibíd*em; pp 5-6.
- ⁵³ *Ibíd*em.
- ⁵⁴
- ⁵⁵ INEGI, Anuario del estado de Chiapas, Consejo Nacional de Población; México, 1996.
- ⁵⁶ ESPINOSA Santis, Rodolfo; Diagnóstico de la comunidad de Tenejapa; México, 1998.
- ⁵⁷ SSA-DGSR; Estrategia de Extensión de Cobertura; México, 1993.

X.- BIBLIOGRAFIA GENERAL

1. AGUIRRE Beltrán, Gonzalo; Antropología médica; Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social; México, 1986, pág. 312.
2. ALATORRE Wynter Edda; La atención de la salud de las mujeres indígenas, una tarea que debemos compartir; ENEO-UNAM; México, D. F.; pág. 29.3.
3. ANDER Egg, Ezequiel; Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad; 10ª ed.; México, D. F., Ed., El Ateneo, 1982; pág. 342.
4. BENSON, Ralph; Manual de ginecología y obstetricia; Tr. Félix García Roig; 7ª ed; México D.F., Manual Moderno; 1985. c. (1485) pág.744.
5. CHINOY, Ely; Sociedad: una introducción a la sociología; México, D.F., Fondo de cultura económica, 1966; pág. 423.
6. Diccionario enciclopédico; Pequeño Larousse en color; México, 1997; pág. 1792.
7. ESCALANTE Fortón, Rosendo; MIÑAGO, G. Max H.; Investigación, organización y desarrollo de la comunidad; tomo 23, 9ª ed., México, Ed. Oasis, 1979 (c. 1969) pág. 295 (Colección Nueva Biblioteca Pedagógica 23)
8. FINE Morthon, S. KUSINITZ, Ivan; Amor, sexo y familia; México, D.F., Ed. Pax-Méx; 1976; (c. 1971), pág. 238, (Colección Educación Sexual)
9. GANT Norman; CUNNINGHAM, F. Gary; Manual de ginecoobstetricia; Manual Moderno; México, D.F., 1995; (c. 1995), pág. 608.
10. GOMEZJARA, Francisco; Sociología; Edit. Porrúa; México, 1989; pág.729.
11. GARDNER, Ernest; et al; Anatomía: estudio por regiones del cuerpo humano, SALVAT mexicana de Ediciones; México, D.F., 1979, pág. 938.

-
12. GOTWALD, William, HOLTZ Golden Gale; Sexualidad, la experiencia humana; Tr. Antonio Gorat Thalheimer; México, D.F., Ed. El Manual Moderno; 1983; (c. 1983), pág. 564.
 13. LE Shan, Eda; Los adolescentes y la revolución sexual; Tr. Beatriz Romero de Rodríguez, México, D.F., Ed.; Pax-México; 1986, (c. 1961); pág. 279. (Colección Educación Sexual)
 14. Leyes y Códigos de México; Ley General de Salud; 12ª ed, Ed Porrúa; México, D.F., 1995; pág. 1177.
 15. LEWIS, Oscar; Los hijos de Sánchez; Tr. Carlos Villegas, México, Ed. Grijalbo, 1982, (c. 1961), pág. 521.
 16. MANISOFF, Miriam T.; Planificación Familiar Guía para Enfermeras; Tr. José Carmen Pécina, México, Ed. Interamericana, 1976, (c. 1976), pág. 95.
 17. MONDRAGON Castro, Héctor; Obstetricia Básica Ilustrada; México D.F., Ed. Trillas, 1991; (c. 1982), pág. 822.
 18. MONROY De Velazco, Araceli; El maestro y la Planificación Familiar; México, D.F., Ed. Pax-México; 1981; (c. 1980), pág. 143.
 19. NAGHI Namakfordroosch, Mohamed; SALDAÑA Espinoza, Judith; Administración de los programas de Planificación Familiar México, D.F., Ed. Limusa; 1984; (c. 1984), pág. 331.
 20. PAPALIA Diana, E.; WENDKOS Old Sally; Psicología del desarrollo; 5ª ed; México, Estado de México, Ed. Mc Graw-Hills; 1995; (c. 1990), pág. 672.
 21. PEEL, John; POTTO Malcolm; Técnicas de control de la natalidad; México, Ed. Diana, 1972; pág. 317.
 22. RUIZ Velazco, Víctor; Aspectos prácticos de los Métodos de Planificación Familiar; Tr. Francisco Méndez Oteo; 3ª ed; México D.F., Ed. Librería de medicina; 1988; pág. 247.
 23. SAN MARTIN Hernán; Salud y enfermedad; 4ª ed; México, D.F., Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1981; (c. 1981), pág. 893.

-
24. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud; Dirección General de Planificación Familiar; Supervisión y adiestramiento en servicio; México, D.F., 1994.
 25. Secretaría de Salud; Norma oficial mexicana de los servicios de Planificación Familiar; 1994; pág. 66.
 26. SERENA Nanda; Antropología cultural; Adaptaciones culturales; México, Ed. Iberoamericana, 1980, pág. 363.
 27. STONE Abraham; HIMES, Norman e.; Métodos Prácticos para el control de la natalidad; Manual de planeación familiar; Tr. A. Alarcón Morali; México D.F., Ed. Diana; pág. 263.
 28. THOMPSON Joyce, Beebe; THOMPSON Henry, O., Ética en Enfermería; Tr. Gloria Sierra; México, D.F., Ed. El Manual Moderno, 1984; (c. 1984), pág. 394.
 29. ZILE Hyde, Henry Van; STEPHENSON Bloch, Lucille; Educación médica y Planificación Familiar; Tr. José Rafael Blengio; México, Ed. Pax-México, 1973, (c. 1969), pág. 437.

A N E X O S

ANEXO " A "

GUIA PARA DETECTAR LOS FACTORES PRESENTES QUE INTERFIEREN EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS POR PARTE DE LAS MUJERES DE TENEJAPA, CHIAPAS.

OBJETIVO: Detectar los factores que condicionan el rechazo de los métodos anticonceptivos por parte de las no usuarias de Tenejapa, Chiapas.

NOMBRE: _____ EDAD: _____ RELIGION: _____
ESCOLARIDAD: _____ OCUPACION: _____ IDIOMA: _____
GPO. SOCIAL: _____ SERV. DE SALUD: _____ NUM. DE HIJOS: _____

- 1.- ¿Desea usted tener más hijos?, ¿Por qué?
- | | |
|----------------------------------|--|
| sí | no |
| -Para darle gusto a su pareja | -Por su salud |
| -Piensa que así será más valiosa | -Está satisfecha con su paridad |
| -Otros: _____ | -Recursos económicos insufic.
-Otros: _____ |
- 2.- ¿Cómo se siente cuando se sabe embarazada?
- contenta -triste -resignada -preocupada -frustrada -otros: _____
- 3.- ¿Qué tamaño de familia prefiere?, ¿Por qué?
- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| *Familia con pocos hijos | *Familia con muchos hijos |
| -Para vivir mejor | -Así lo indica su religión |
| -Evita enfermedades y envejecimiento | -Le ayuda a trabajar el campo |
| | -Otros _____ |
- 4.- ¿Qué hace para no embarazarse?
- Recurren a algún brebaje
-Usa métodos alternativos como el ritmo, coito interrumpido, etc.
-Se encomienda a Dios
-Nada
-Otros
- 5.- ¿Le han informado sobre Planificación Familiar y Métodos Anticonceptivos?,
sí ¿quién? no
- | | |
|--------------------|--------------|
| -vecina o conocida | -medico |
| -familiar | -radio o TV |
| -enfermera | -Otros _____ |
- 6.- ¿Ha usado algún método anticonceptivo de los que ofrece el sector salud?
sí, ¿cuál? no
- 7.- ¿Por cuánto tiempo?
- | | | |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| - menos de 6 meses | - de 6 a 18 meses | - más de 18 meses |
|--------------------|-------------------|-------------------|

8.- ¿Por qué dejó de usarlo?

- su pareja se lo pidió
- quería embarazarse
- se sintió incómoda
- temió sufrir complicaciones
- no soportó las irregularidades menstruales
- causaba dolor
- resultó embarazada
- se aburrió del método
- no pudo asistir a sus citas
- Otros: _____

9.- ¿Considera que los métodos anticonceptivos afectan su salud?
sí, ¿por qué? no

- Provocan enfermedades
- Tiene alguna enfermedad que se complicaría

10.- Cuando acude a consulta ¿quedan resueltas sus dudas sobre métodos anticonceptivos?
sí no, ¿por qué?

- siente que no le dedican tiempo suficiente
- nole mencionan el tema
- siente que no le tienen paciencia
- le parece que no la respetan
- siente que le imponen los métodos
- por problemas de lenguaje
- el personal no está bien capacitado
- le da pena preguntar
- no le interesa el tema

11.- ¿Le gustaría que su pareja use métodos anticonceptivos? ¿por qué?
sí no

- A él no le afecta usarlo
- Ud. no quiere batallar c/los M.A.
- Le parece justo
- Otros: _____
- Los hombres no deben planificar
- A él no le gustaría
- La comunidad lo criticaría
- Otros: _____

12.- ¿Su religión acepta el uso de métodos anticonceptivos?

sí no, ¿por qué? _____

13.- ¿Piensa que la Planificación Familiar le quitaría tiempo?

sí, ¿por qué? _____ no

14.- ¿Considera que las mujeres que usan métodos anticonceptivos son rechazadas por la comunidad?

sí, ¿por qué? _____ no

15.- ¿Ha escuchado comentarios negativos sobre los métodos anticonceptivos?
¿cuáles?

- El DIU se puede encarnar o desplazarse a otro órgano.
- La inyección y las pastillas provocan esterilidad.
- Quienes se hacen la OTB quedan mal.
- El DIU molesta al miembro de su pareja al tener relaciones.
- La inyección y las pastillas provocan cáncer u otras enfermedades.
- Con el preservativo el hombre disfruta menos.
- Con la vasectomía el hombre queda débil o impotente
- Otros: _____

ANEXO " B "

CUADRO NO. 1

Distribución por edad de las mujeres no usuarias de métodos anticonceptivos.
Tenejapa, Chiapas.

EDAD	FO	(%)
15-18	5	(10)
19-22	15	(30)
23-26	14	(28)
27-30	5	(10)
31-34	6	(12)
35-38	3	(6)
39-42	2	(4)
TOTAL	50	(100)

FUENTE: Encuestas realizadas a mujeres no usuarias de métodos anticonceptivos que habitan en Tenejapa, Chiapas.

CUADRO No. 2

Religión de las mujeres que no usan métodos anticonceptivos. Tenejapa
Chiapas.

RELIGION	FO	(%)
Católica	31	(62)
Presbiteriana	10	(20)
Sin Religión	9	(18)
TOTAL	50	(100)

FUENTE: Misma que cuadro No.1

CUADRO No. 3

Escolaridad de las mujeres de Tenejapa, Chiapas que no usan métodos anticonceptivos. agosto de 1998.

ESCOLARIDAD	FO	(%)
Analfabeta	11	(22)
Primaria incompleta	12	(24)
Primaria Completa	20	(40)
Secundaria Completa	5	(10)
Bachillerato Técnico	2	(4)
TOTAL	50	(100)

FUENTE: Misma que el cuadro No.1

CUADRO No. 4

Ocupación de las mujeres de Tenejapa, Chiapas que no usan métodos anticonceptivos. agosto 1998.

OCUPACION	FO	(%)
Hogar	50	(100)
Agricultura	16	(32)
Comercio	12	(24)
Empleada	1	(2)
Ganadería	1	(2)
Oficio	1	(2)
TOTAL	-----	-----

FUENTE: Mismas que el cuadro No.1

* NOTA: El total de casos rebasa los 50 porque algunas mujeres tienen más de una ocupación.

CUADRO No. 5

Idioma empleado por las mujeres de Tenejapa, Chiapas que no usan métodos anticonceptivos. agosto, 1998.

IDIOMA	FO	(%)
Español	8	(16)
Tzeltal	18	(36)
Ambos	24	(48)
TOTAL	50	(100)

FUENTE: Mismas que el cuadro No.1

CUADRO No. 6

Grupo Social al que pertenecen las mujeres de Tenejapa, Chiapas, que no usan métodos anticonceptivos. agosto 1998.

GRUPO	FO	(%)
Tzeltal	42	(84)
Mestizo	8	(16)
TOTAL	50	(100)

FUENTE: Misma que el cuadro No.1

CUADRO No. 7

Servicio de salud al que recurren las mujeres de Tenejapa, Chiapas, que no emplean métodos anticonceptivos. agosto, 1998.

SERV. DE SALUD	FO	(%)
S. S. A.	37	(74)
IMSS	19	(38)
Particular	6	(12)
Otros	2	(4)

FUENTE: Misma que el cuadro No. 1

*NOTA: El total rebasa el 100% en razón de que las encuestadas recurren a más de una opción.

CUADRO No. 8

Estado civil de las mujeres de Tenejapa, Chiapas, que no usan métodos anticonceptivos. agosto, 1998.

EDO. CIVIL	FO	(%)
Casada	29	(58)
Unión Libre	21	(42)
TOTAL	50	(100)

FUENTE: Misma que el cuadro No. 1

CUADRO No. 9

Distribución por número de hijos de las mujeres de Tenejapa, Chiapas que no usan métodos anticonceptivos. agosto, 1998.

NO. DE HIJOS	FO	(%)
ninguno	2	(4)
1 a 3	35	(70)
4 a 6	9	(18)
Más de 9	4	(8)
TOTAL	50	(100)

FUENTE: Misma que cuadro No.1

CUADRO No. 10

Mujeres de Tenejapa, Chiapas, que desean tener más hijos. agosto 1998.

DESEAN MÁS HIJOS	FO	(%)
Sí	31	(62)
No	15	(30)
No sabe	4	(8)
TOTAL	50	(100)

FUENTE: Misma que cuadro No.1

CUADRO No.10 A

Razones por las que las mujeres de Tenejapa , Chiapas, desean tener más hijos. agosto 1998.

RAZONES	FO	(%)
Así lo planeó con su esposo	13	(41.93)
Para darle gusto a su pareja	9	(29.03)
Así es su gusto	4	(12.90)
Otras	4	(12.90)
No contesto	1	(3.22)
TOTAL	3	(99.98)

FUENTE: Misma que cuadro 1

CUADRO No.10 B

Razones por las que las mujeres de Tenejapa, Chiapas , no desean mas hijos.

RAZONES	FO	(%)
Dinero Insuficiente	8	(53.33)
Por su salud	4	(26.66)
Otras	4	(13.33)
No contesto	1	(6.669)
TOTAL	14	(99.98)

FUENTE: Mismas que el cuadro No. 1

CUADRO No. 11

Sensación que experimentan las mujeres de Tenejapa, Chiapas, cuando se embarazan. agosto 1998.

SENSACIÓN	FO	(%)
Contenta	19	(38)
Triste	13	(26)
Preocupada	8	(16)
Resignada	4	(8)
Nada	3	(6)
No se ha embarazado	2	(4)
No contestó	1	(2)
TOTAL	50	(100)

FUENTE: mismas que cuadro No.1

Cuadro No. 12

Preferencia de las mujeres de Tenejapa, Chiapas, sobre el tamaño de su familia. agosto 1998.

PREFERENCIA	FO	(%)
Pocos hijos	40	(80)
Muchos hijos	9	(18)
No sabe	1	(2)
TOTAL	50	(100)

FUENTE: Misma que cuadro No.1

CUADRO No. 12 A

Motivo por el que las mujeres de Tenejapa, Chiapas, Prefieren tener pocos hijos. agosto 1998

MOTIVOS	FO	(%)
Para vivir mejor	34	(85)
Para evitar enfermedades	4	(10)
Otras	2	(5)
TOTAL	40	(100)

FUENTE: Misma que el cuadro No.1

CUADRO No.12 B

Motivos por los que las mujeres de Tenejapa, Chiapas, prefieren tener muchos hijos, agosto 1998.

MOTIVOS	FO	(%)
Por su Religión	2	(22.22)
Por que le ayudan	2	(22.22)
Por compañía	2	(22.22)
Por gusto	2	(22.22)
Para cuidarla	1	(11.11)
TOTAL	9	(99.99)

FUENTE: Mismas que el cuadro No.1

CUADRO No.13

Precauciones que asumen las mujeres de Tenejapa, Chiapas, para no embarazarse agosto, 1998.

PRECAUCION	FO	(%)
Lactancia Materna	6	(12)
Esposo Ausente	2	(4)
Otras	2	(4)
Nada	40	(80)
TOTAL	50	(100)

FUENTE: Misma que el cuadro No. 1

CUADRO No.14

Mujeres de Tenejapa, Chiapas, que refieren haber sido informados sobre la Planificación Familiar. agosto, 1998.

INFORMADA	FO	(%)
Si	34	(68)
No	16	(32)
TOTAL	50	(100)

FUENTE: Misma que cuadro No. 1

CUADRO No. 14 A

Personaje que informa sobre Planificación Familiar a las mujeres de Tenejapa Chiapas, agosto de 1998.

INFORMANTE	FO	(%)
Enfermería	24	(61.53)
Médico	6	(15.38)
Familiar	7	(17.94)
Otros	2	(5.12)
TOTAL	39	(99.97)

FUENTE: Misma que cuadro No.1

*NOTA: El total rebasa el100% debido a que algunas marcaron más de una opción.

CUADRO No. 15

Mujeres de Tenejapa, Chiapas, con antecedente de haber usado métodos anticonceptivos. agosto 1998.

HAN USADO METODOS ANTICONCEPTIVOS	FO	(%)
sí	18	(36)
no	32	(64)
TOTAL	50	(100)

FUENTE: Misma que el cuadro No.1

CUADRO No.15 A

Métodos anticonceptivos empleados por las mujeres de Tenejapa, Chiapas.
agosto, 1998.

MÉTODO	FO	(%)
Hormonales Inyectables	8	(39.09)
Hormonales Orales	4	(19.04)
Dispositivo Intrauterino	7	(33.33)
Preservativo	2	(9.52)
TOTAL	21	(99.98)

FUENTE: Misma que el cuadro No.1

CUADRO No. 16

Tiempo durante el cual empleó métodos anticonceptivos. agosto. 1998.

TIEMPO QUE USO M. A.	FO	(%)
Menos d 6 me	7	(38.88)
6 a 18 meses	7	(38.88)
Más de 18 me	4	(22.22)
TOTAL	18	(99.96)

FUENTE: Misma que cuadro No.1

CUADRO No.17

Razón por la que las mujeres de Tenejapa, Chiapas, dejaron de usar métodos anticonceptivos. agosto de 1998.

MOTIVO DE ABANDONO	FO	(%)
Causó dolor	5	(27.77)
Quería embarazarse	4	(22.22)
Irregularidades Menstruales	2	(11.11)
Se aburrió de Usarlo	2	(11.11)
Resultó embarazada	2	(11.11)
Otras	2	(16.66)
TOTAL	18	(99.98)

FUENTE: Misma que cuadro No. 1

CUADRO No. 18

Mujeres de Tenejapa, Chiapas que consideran que los métodos anticonceptivo son nocivos para la salud. agosto, 1998.

CONSIDERAN NOCIVOS LOS MET. ANTICONCEP.	FO	(%)
Si	30	(60)
No	15	(30)
no contestó	5	(10)
TOTAL	50	(100)

FUENTE: Misma que cuadro No. 1

CUADRO No. 18 A

Razón por la que consideran nocivo el empleo de métodos anticonceptivos.
Tenejapa, Chiapas, agosto, 1998.

RAZON	FO	(%)
Causa enfermedades	28	(93.33)
No sabe	2	(6.66)
TOTAL	30	(99.99)

FUENTE: Misma que cuadro No. 1

CUADRO No. 19

Mujeres de Tenejapa, Chiapas que consideran satisfactoria la aclaración de sus dudas sobre Planificación Familiar al acudir a consejería. agosto de 1998.

SATISFECHAS	FO	(%)
Sí	15	(30)
No	33	(66)
No contestó	2	(4)
TOTAL	50	(100)

FUENTE: Misma que cuadro No. 1

CUADRO No. 19 A

Razón por la que las mujeres consideran que no quedan resueltas sus dudas sobre métodos anticonceptivos. Tenejapa, Chiapas, agosto 1998.

RAZON	FO	(%)
No le interesa	13	(30.39)
Le da pena hablar de eso.	9	(27.27)
No le mencionan el tema.	3	(9.09)
Problema de Lenguaje.	3	(9.09)
Personal ma! Capacitado	2	(6.06)
No asiste a consulta	2	(6.06)
Otras	1	(3.03)
TOTAL	33	(99.99)

FUENTE: Misma que cuadro No.1

CUADRO No. 20

Postura que asumen las mujeres de Tenejapa, Chiapas, ante la posibilidad de que su pareja use métodos anticonceptivo, agosto 1998.

LE GUSTARIA	FO	(%)
Sí	22	(44)
No	19	(38)
No contestó	9	(18)
TOTAL	50	(100)

FUENTE: Misma que cuadro No.1

CUADRO No. 20 A

Razones por las que las mujeres de Tenejapa, Chiapas. desean que su pareja use métodos anticonceptivos, agosto 1998.

RAZONES	FO	(%)
Ella lo desea pero él no	10	(45.45)
Ella no quiere sufrir las molestias	6	(27.27)
Otras	3	(13.63)
No sabe	3	(13.63)
TOTAL	22	(99.98)

FUENTE: Misma que cuadro No. 1

CUADRO No. 20 B

Razones por las que NO les gustaría que su pareja emplee métodos anticonceptivos.

RAZON	FO	(%)
El no quiere	11	(57.89)
Los hombres no deben usar Métodos Anticonceptivos	2	(10.52)
Otras	4	(21.03)
No contestó	2	(10.52)
TOTAL	19	(99.97)

FUENTE: Misma que cuadro No. 1

CUADRO No. 21

Casos en los que la religión de las mujeres de Tenejapa, Chiapas, acepta el uso de métodos anticonceptivos. agosto 1998.

ACEPTACIÓN	FO	(%)
Sí	10	(48)
No	9	(18)
No sabe	6	(12)
No le interesa	3	(6)
No contestó	8	(16)
TOTAL	50	(100)

FUENTE: Misma que cuadro No.1

CUADRO No. 22

Mujeres de Tenejapa, Chiapas, que consideran que en la Planificación Familiar se pierde mucho tiempo. agosto de 1998.

SE PIERDE MUCHO TIEMPO	FO	(%)
Sí	10	(20)
No	36	(72)
No contestó	4	(8)
TOTAL	50	(100)

FUENTE: Misma que cuadro No. 1

CUADRO No. 22 A

Razón por la que las mujeres de Tenejapa, Chiapas, piensan que la Planificación Familiar necesita mucho tiempo. agosto 1998.

RAZON	FO	(%)
Tardan en atenderla	2	(20)
Ella no tiene tiempo	2	(20)
Por el malestar que provocan	1	(10)
No contestó	5	(50)
TOTAL	10	(100)

FUENTE: Misma que cuadro No.1

CUADRO No. 23

Mujeres de Tenejapa, Chiapas, que consideran que la comunidad rechaza a las usuarias de métodos anticonceptivos. agosto de 1998.

PIENSA QUE LAS RECHAZA	FO	(%)
Sí	18	(36)
No	26	(52)
no le interesa	4	(8)
no contestó	2	(4)
TOTAL	50	(100)

FUENTE: Misma que cuadro No.1

CUADRO No. 23 A

Razón por la que las mujeres de Tenejapa, Chiapas piensan que la comunidad rechaza a las usuarias de métodos anticonceptivos. agosto 1998

RAZON	FO	(%)
Las critican	8	(44.44)
Los M.A. fomentan la infidelidad	2	(11.11)
No sabe	7	(38.88)
Otras	1	(5.55)
TOTAL	18	(99.98)

FUENTE: Misma que cuadro No. 1

CUADRO No. 24

Comentarios que sobre los métodos anticonceptivos han escuchado las mujeres de Tenejapa, Chiapas, agosto. 1998

COMENTARIO	FO	(%)
Los métodos hormonales provocan Cáncer	24	(48)
La OTB deja secuelas	19	(38)
El dispositivo intrauterino se Encarna	4	(8)
Todos son Nocivos	4	(8)
El DIU lastima a su pareja	3	(6)
Los mét. anticonceptivos Propician infidelidad	2	(4)
El DIU lastima mucho	2	(4)
Los métodos no funcionan	2	(4)
Otros	6	(12)
No contestó	12	(24)
TOTAL	—	----

FUENTE: Misma que cuadro No. 1