



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

"INFLUENCIA DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR LAS AUXILIARES DE SALUD DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA No. VI LA PIEDAD-MICHOACAN, SOBRE EL INDICE DE MORBI-MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL Y LA PRACTICA DE HABITOS DE SALUD".

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N

MARIA DE LOS ANGELES TERESA CUEVAS SILVA MARTHA LAURA PIÑA RUIZ ANA LILIA REYNOSO ARCOS

U. N. A. M. ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA LIC. CRISTINA MUGGENBURG R., M.S.P. SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES DE TITULACION

MEXICO, D. F.,

JUNIO DE 1994

FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

ASESORA



LIC. CRISTINA MUGGENBURG R., M.S.P.

AGRADECIMIENTO.

Antes que nada quiero que sepan que éste logro no es tan sólo mio sino también de ustedes, ya que no hubiera sido posible sin el apoyo, confianza, impulso y motivación que me brindaron para lograr esta meta tan importante.

Este trabajo se lo dedico principalmente a mis padres, hermanos, asesores, profesores y amigos que influyeron de alguna manera en el logro de esta meta.

Gracias a mis padres por su cariño, paciencia, dedicación, impulso y educación que me han servido de guía para llegar a donde estoy.

Gracias a los asesores por sus conocimientos, apoyo y paciencia en el desarrollo de esta investigación.

Agradecemos en especial al Dr. Jorge Escobedo de la Peña por su valiosa colaboración en la fase del procesamiento de datos, ya que sin duda dió realce a esta investigación, mil gracias.

Gracias por haber formado un buen equipo de trabajo, en el que se dieron situaciones agradables y desagradables pero que llevaron a consolidar nuestra amistad.

ANA LILIA

ANGELES

MARTHA

INDICE

INTRODUCCION.....	1
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
II. MARCO DE REFERENCIA	4
2.1 Comunidad	4
2.2 Servicios de salud en comunidades rurales	7
2.3 Auxiliar de Salud	21
2.4 Capacitación y adiestramiento	23
2.5 Hábitos y costumbres de salud materno-infantiles	25
2.6 Morbilidad y mortalidad en México	27
III. JUSTIFICACION	30
IV. OBJETIVOS	31
V. METODOLOGIA	32
VI. RESULTADOS.....	39
VII. DISCUSION	46
VIII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	53
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	56
X. BIBLIOGRAFIA GENERAL	58
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Tomando en cuenta que la atención materno-infantil es una prioridad de salud y que la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) prepara a sus estudiantes en forma idónea para contribuir a la solución de las necesidades de salud expresadas en el Plan Nacional de Salud; la Secretaría de Salud ofrece a los egresados de esta escuela la oportunidad de realizar el servicio social en el Programa de la Estrategia de Extensión de Cobertura, el cual lleva los servicios básicos de salud a comunidades rurales dispersas desprotegidas de estos servicios. Esto lo logra a través de una auxiliar de salud, que es un miembro de la propia comunidad, la cual es capacitada para dar atención a la población de su comunidad, en especial al grupo materno infantil; y contribuir de esta manera al mejoramiento de la salud de la población, además concientizar a la comunidad de la importancia del autocuidado de su salud.

Por ello se realizó el presente trabajo de investigación, para ver la importancia que han tenido las actividades que realiza la Auxiliar de Salud (A.S.) en la morbilidad y mortalidad materno-infantil y la práctica de hábitos de salud de la población de los módulos I. Angamacutiro, IV. Penjamillo y V. Pastor Ortíz de la Jurisdicción Sanitaria No. VI La Piedad-Michoacán.

En las siguientes páginas se encontrará enunciado el planteamiento del problema, marco de referencia, justificación, objetivos, metodología, resultados, discusión, conclusiones, sugerencias y anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

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

La Estrategia de Extensión de Cobertura (E.E.C.) tiene como antecedentes las actividades que la Secretaría de Salud (S.S.A.) inició desde 1943 en el área rural, ya que con la creación de la Secretaría de Salud se puso gran interés a la prestación de servicios de salud en esta área, mediante el servicio social de los pasantes de medicina y construcción de 366 Centros de Salud tipo "C". En 1954 se estableció el Programa de Bienestar Social Rural y dos años después se reforzaron los servicios de atención materno-infantil tanto en la parte asistencial como en la promoción de acciones de desarrollo social. Los dos programas rurales se integraron entre 1964 y 1970 para hacerlos más eficientes.

En 1979 se estructuró el Programa de Salud Rural con base en las experiencias recogidas de los Programas de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud Pública y del Programa Comunitario Rural. En el diseño del Programa de Salud Rural participaron la Dirección General de Planificación Familiar (DGPF) y Salud Materno-Infantil y la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado, concluyendo que el personal de la comunidad era esencial para el desarrollo de dicho programa. En esa época se hacía énfasis en la atención primaria a la salud y solamente se realizaba promoción de planificación familiar. En la atención materno-infantil, la supervisión se realizaba en la comunidad por el médico en servicio social, tanto en el centro tipo "C" como en la clínica rural, mientras que en los servicios de planificación familiar se capacitaba a una enfermera quien tenía bajo su responsabilidad un módulo de diez comunidades .

El Programa de Salud Rural recibió un apoyo sustantivo por parte de la Cooperación Técnica Internacional para cubrir los gastos del personal supervisor, los estímulos a las auxiliares de salud y el equipamiento. La evaluación del Programa de Salud Rural que se realizó en 1982, confirmó la ventaja de proporcionar los servicios de atención primaria a la salud con personal voluntario en las comunidades rurales y con esta base se estableció en 1985 la Estrategia de

Extensión de Cobertura con recursos exclusivos del país y se conceptualizó como un "conjunto de servicios básicos de atención primaria prestados por auxiliares de salud voluntarias en comunidades rurales dispersas desprovistas de unidades médicas".

¿QUE INFLUENCIA TIENEN LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS AUXILIARES DE SALUD EN LAS COMUNIDADES DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA No. VI LA PIEDAD-MICHOACAN, SOBRE EL INDICE DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL Y LA PRACTICA DE HABITOS DE SALUD?

II. MARCO DE REFERENCIA.

2.1 COMUNIDAD.

Universalmente se ha aceptado la idea de que un individuo debe ser considerado como la unidad social indivisible, pero resulta ser el producto de la sociedad y la cultura en la que vive, con la experiencia social incorporada a su capital biológico, hecho que lo transforma en individuo social. Así el individuo resulta ser el conjunto de actividades biológicas que requiere su organismo, al cual se le agregan sus costumbres, creencias, objetivos, actitudes y valores emocionales con sus respectivos patrones culturales.

Las sociedades se encuentran divididas en áreas o clases, especialmente por las relaciones económicas. El orden económico señala la actitud y opinión de los individuos y los circunscribe a determinados círculos, áreas, zonas que corresponde determinar la clase social. Esta representa entonces, agrupamientos humanos que se definen como identificados por opiniones y actitudes. Constituyen agrupamientos de hecho abiertos, con permanencia histórica sin organización previa que por sus idénticos objetivos o por lo menos por su igualdad en la expectativa, tienen generalmente un factor potencial de adhesión y organización. Estos grupos primarios y secundarios que hemos ubicado funcionan dentro de un todo más amplio, territorialmente definido, en donde pueden desarrollar su existencia; este grupo más grande es la comunidad, a diferencia de los demás se le define tradicionalmente como un agrupamiento caracterizado por su localización física, la cual proporciona también un vínculo importante de cohesión y solidaridad(1).

2.1.1 CONCEPTO DE COMUNIDAD.

Conjuntos de grupos de población que viven juntos en un lugar urbano y rural, en condiciones específicas de organización y de cohesión social y cultural. Los miembros de la comunidad están ligados en grados variables, por características (étnicas, culturales, profesionales, etc.) comunes o por intereses y aspiraciones que pueden llegar a ser comunes y la comunidad puede ser o no autosuficiente (2).

Allí ejercen sus relaciones sociales, entendiéndose copartícipes de un grupo común en origen y destino. Estas circunstancias establecen cierta identidad en las normas

sociales, en las costumbres, en el éxito y en las expectativas, permitiendo de esta manera que se encuentren confundidos en un pasado similar, viviendo un presente común en origen y pensando en un futuro con esquemas y requerimientos coparticipados (3).

2.1.2 ELEMENTOS DE LA COMUNIDAD

Toda comunidad, grande o pequeña, rural o urbana, tradicionalista o moderna, está constituida de un espacio o territorio más o menos definido, un grupo humano que es la población; un cuerpo de normas que regulan la conducta de los miembros del grupo, así como artefactos e instalaciones creadas para satisfacer las necesidades primarias y secundarias; y por último un conjunto de instalaciones que facilitan y canalizan la red de interacciones e interrelaciones de los miembros de la comunidad.

La forma de asentamiento de la población con viviendas especiales en una extensa área, se denomina comunidad de población dispersa y aquella, formada por manzanas de viviendas, con calles de circulación, son las comunidades de asentamiento compacto (4).

Los elementos universales en la comunidad, son características tales como: Grupos de población organizados, convivencia en una zona definida, integración por experiencias comunes y conducta similar, conciencia de unidad local, sentido de pertenencia, capacidad de actuar en forma grupal, existencia de instituciones sociales más o menos desarrolladas.

Un miembro de la comunidad puede desempeñar numerosos roles, cada uno de ellos puede ser parte de las normas instituidas. En el desempeño de un rol, influye el status o el sitio que ocupa la persona dentro de la comunidad de acuerdo a la escala de prestigio. Si una persona que debe desempeñar un rol no satisface lo esperado o mejor dicho no cumple su rol en la forma indicada, posiblemente sea criticado por los miembros de la comunidad (5).

2.1.3 ESTRUCTURA DE LA COMUNIDAD.

Cualquier estructura social, de acuerdo con nuestra concepción está compuesta por cierta combinación o pauta de estos órdenes institucionales:

- A) El orden político se compone de las instituciones en las cuales los hombres adquieren, ejercen o influyen en la distribución del poder y autoridad dentro de las estructuras sociales.
- B) El orden económico se compone de los establecimientos mediante el cual los hombres organizan el trabajo, los recursos y los instrumentos técnicos, con el objeto de producir bienes y servicios.
- C) El orden militar se compone de las instituciones en las cuales los hombres organizan la violencia legítima y supervisan su aplicación.
- D) El orden familiar se compone de las instituciones que regulan y facilitan el comercio sexual legítimo, la procreación y la primera educación de los hijos.
- E) El orden religioso se compone de las instituciones en los cuales los hombres organizan y supervisan el culto colectivo a Dios o deidades, por lo general en ocasiones regulares y lugares fijos.

Estos órdenes serán más o menos autónomos según las sociedades. En la vida campesina, la producción económica y la vida hogareña están íntimamente relacionadas; comunmente, en las transacciones comerciales entre los miembros de la comunidad, interviene como un factor poderoso el parentesco. En las distintas sociedades se ve que sus miembros observan cierta uniformidad de conducta social; es el asentamiento de pautas o normas establecidas de parte de la gente (6).

Cada estrato social tiene un cuerpo específico de normas de conducta en ciertos aspectos y éste es una de las características diferenciales externas de estrato a estrato. Las comunidades sociales muestran sistemas variados de diferenciación social, así como un número variado de estratos. Algunas veces se divide en pobres y ricos, otras en clase baja, clase media y clase superior o en aristocracia y pueblo. Las escalas de clasificación o los criterios de colocación de personas en un estrato inferior o superior, también varían de sociedad a sociedad (7).

2.1.4 ORGANIZACION DE LA COMUNIDAD.

La forma más simple de organización de la comunidad para el bienestar es cuando un grupo de ciudadanos reconoce la existencia de una necesidad en su ambiente de vida y se unen organizadamente para solucionarla. Un paso adelante sería cuando la comunidad identifica sus necesidades u objetivos, los clasifica y ordena, desarrolla confianza y voluntad para trabajar por ellos, encuentra recursos (internos o externos) para afrontarlos y emprende acciones cooperativas respecto a ellas. En

este proceso, la capacidad de la comunidad para funcionar como una unidad integrada crece a medida que ésta se ocupa de uno o más problemas que le conciernen. Este proceso puede ser consciente e inconsciente; surge como resultante de la interacción entre individuos y grupos de la comunidad, frente a problemas que les afectan.

La división de actividades y definición de relaciones no es otra que la delegación de autoridad y subordinación de los miembros de la comunidad para el trabajo (8).

2.2 SERVICIOS DE SALUD EN COMUNIDADES RURALES.

Durante el sexenio 1976-1982 se otorgó una de las más altas prioridades a la atención de la población marginada. De esta prioridad se desprendió la necesidad de llevar a cabo un esfuerzo sostenido de investigación en la materia, con el objeto de lograr mayor eficacia en las acciones orientadas a los grupos más pobres del país. Desde su creación en 1977, la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), puso en marcha un programa de estudios tendiente a conocer mejor la realidad de los grupos marginados y de las zonas deprimidas del país. En base a sus resultados, se realizaron diversos trabajos de programación que permitieron llevar a cabo importantes acciones en las zonas rurales marginadas en materia de salud, educación, abasto alimentario, mejoramiento de la casa rural, dotación de agua potable, construcción de caminos, generación de empleos, organización social para el trabajo, electrificación rural, desarrollo agroindustrial y servicios de apoyo a la economía campesina, desde el crédito hasta la asistencia técnica y la comercialización.

Aún así, se está muy lejos de abarcar en toda su extensión el problema de la marginación en México, ya que se trata de luchar contra condiciones sociales y económicas que han prevalecido demasiado tiempo.

En 1981, la Secretaría de Salud "se propuso elaborar y desarrollar un sistema de servicios de salud, en el cual las prestaciones de ese tipo deben ser accesibles a toda comunidad, sin excepciones y en forma continua e integral desde la gestación hasta la muerte", cuyo objetivo fundamental es "controlar el estado de salud" (9).

Existe una política de salud definida y aceptada por casi todos los países del mundo en la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, en 1977, denominada

"Salud para todos en el año 2000". En 1978, en la reunión de Alma Ata, quedó establecido que para llevar a cabo dicha política era necesario una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como Atención Primaria de Salud (APS).

La estrategia de atención primaria de salud tiene varios elementos que comprenden en forma integrada diversos programas como los siguientes:

- a) Programas dirigidos a poblaciones especiales: madre, niño, trabajador, edad avanzada e incapacitado.
- b) Programa para la salud general: alimentación y nutrición, salud bucal, salud mental, prevención de accidentes y saneamiento ambiental.
- c) Programas para la prevención, protección y control de enfermedades.

La declaración de Alma Ata señala que "La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar de residencia y trabajo, que constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria" (10).

2.2.1 ANTECEDENTES DE LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA.

La Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) tiene como antecedentes las actividades que la Secretaría de Salud (SSA) inició desde 1943 en el área rural, ya que con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se puso gran interés en la prestación de servicios de salud en ésta área mediante el servicio social de los pasantes de medicina y la construcción de 366 Centros de Salud rural tipo C. En 1954 se estableció el Programa de Bienestar Social Rural y dos años después se crearon los Servicios Médicos Rurales Cooperativos, los que principalmente reforzaron los servicios de atención materno-infantil tanto en la parte asistencial como en la promoción de acciones de desarrollo social. Los dos programas rurales se integraron entre 1964 y 1970 para hacerlos más eficiente (11).

En 1979 se estructuró el Programa de Salud Rural con base en las experiencias recogidas de los Programas de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud Pública y del Programa Comunitario Rural. En el diseño del Programa de Salud Rural participaron la Dirección de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados y la Dirección General de Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar, concluyendo que el personal de la comunidad era esencial para el desarrollo de dicho programa. En esa época se hacía énfasis en la atención primaria a la salud y solamente se realizaba promoción de la planificación familiar. En la atención materno-Infantil la supervisión se realizaba en la comunidad por el médico en servicio social tanto en un centro "C" como en la clínica rural, mientras que en los servicios de planificación familiar se capacitaba a una enfermera quien tenía bajo su responsabilidad un módulo de diez comunidades. El Programa de Salud Rural recibió un apoyo sustantivo por parte de la Cooperación Técnica Internacional para cubrir los gastos del personal supervisor, los estímulos a las auxiliares de salud y el equipamiento. La evaluación del Programa de Salud Rural que se realizó en 1982 confirmó la ventaja de proporcionar los servicios de atención primaria a la salud con personal voluntario en las comunidades rurales y con esta base se estableció en 1985 la Estrategia de Extensión de Cobertura con recursos exclusivos del país y se conceptualizó como un conjunto de servicios básicos de atención primaria prestados por auxiliares de salud voluntarias en comunidades rurales dispersas desprovistas de unidades médicas (12).

2.2.2 PROGRAMAS Y SUBPROGRAMAS DE LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA

Los programas que se presentan tienen actualmente una orientación que trata de establecer un equilibrio adecuado entre las actividades de tipo curativo y preventivo. Estos programas se mueven rápidamente hacia el campo de la prevención y más aún de la promoción y las actividades curativas se orientan cada vez más hacia las enfermedades más comunes, tratando de disminuir las tasas altas de morbilidad y mortalidad infantil (13).

Los servicios básicos de atención primaria a la salud que se proporcionan en la E.E.C. a través de la auxiliar de salud, se clasifican en cuatro grandes áreas:

- I. Planificación familiar
- II. Atención en el embarazo, parto y puerperio

III. Atención al niño menor de cinco años

IV. Actividades varias

La prestación de servicios comprende la atención de la población, promoción, detección oportuna de cualquier tipo de riesgo para la salud, así como la referencia y contrarreferencia oportuna al nivel de atención que corresponda.

Estos servicios comprenden los programas de:

- 1.- Planificación familiar
- 2.- Atención materno-infantil
- 3.- Enfermedades prevenibles por vacunación
- 4.- Prevención y control de enfermedades diarreicas y terapia de hidratación oral
- 5.- Prevención y control de infecciones respiratorias agudas
- 6.- Nutrición y salud (14).

2.2.3 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Embarazo. Es un estado fisiológico en la mujer, que se inicia con la unión de las células reproductoras, el óvulo y el espermatozoide y termina con la expulsión del producto. Tiene una duración de 280 días 40 semanas o 9 meses, durante este período se presentan cambios en el funcionamiento y cuerpo de la mujer, y requiere de ciertos cuidados durante el mismo para que éste se desarrolle en buenas condiciones.

La atención prenatal consiste en vigilar periódicamente a la mujer embarazada con objeto de apreciar oportunamente factores que puedan complicar el embarazo, dificultar el parto o condicionar un pronóstico desfavorable para el recién nacido de manera que se pueda señalar el tratamiento oportuno (15).

Las visitas al médico se recomienda que sean una vez por mes los primeros siete meses; dos veces en el octavo mes y después cada semana hasta el momento del parto (16).

Según la Organización Mundial de la Salud, ocho es el número mínimo de consultas prenatales que durante una gestación deben ser otorgadas (17).

A continuación se describirán las recomendaciones que se dan durante el embarazo:

- Baño. La higiene diaria en la embarazada es indispensable debido a que puede tener una sudoración profusa principalmente en genitales externos por el aumento de la secreción vaginal.

- Higiene dental. Es importante que la mujer embarazada se le haga una buena revisión dental durante el segundo trimestre; las encías pueden inflamarse y mostrar tendencia a sangrar, estos síntomas son probablemente ocasionados por el aumento de estrógenos en el organismo y no se relaciona necesariamente con un deficiencia de vitamina C (18).

- Vestido. La ropa debe ser suelta, cómoda y que no cause ligaduras, puede usar faja materna tanto para disminuir las molestias de cintura y espalda como para ayudar a sostener el vientre y evitar el desgarre de la piel, cuando existen molestias por la presencia de várices no usar medias con ligas porque dificultan la circulación, puede usar media elástica materna y calzado cómodo, suaves y no altos (19).

- Alimentación. Es uno de los factores más importantes para la salud y bienestar de la embarazada, así como para el crecimiento y desarrollo del producto ya que el estado de nutrición de la mujer previo al embarazo repercute en el proceso de este y en la salud del niño después del parto, esto se encuentra condicionado por factores de tipo social y cultural tales como: la situación económica en la que se vive, la clase social a la que pertenece, el ingreso familiar y factores de tipo cultural(20).

La desnutrición materna puede ocasionar un mayor riesgo de aborto, agotamiento materno, bajo peso al nacer y mortalidad materna. Generalmente los niños con bajo peso al nacer son más susceptibles a las infecciones, porque sus reservas corporales están disminuídas.

La mujer embarazada experimenta un aumento de peso que, en condiciones normales, varían entre nueve y doce kilogramos con respecto al peso inicial. En los primeros tres meses el aumento no debe ser superior a un kilogramo; después los incrementos son mayores, para decrecer en el último mes.

En consecuencia los requerimientos nutricionales cambian a medida que el embarazo progresa. En condiciones normales, durante los primeros tres o cuatro meses estos requerimientos son los mismos que antes del embarazo, pero en este período la mujer debe cuidar que su alimentación sea completa, equilibrada y que incluya los tres grupos de alimentos en la cantidad necesaria, así como que sea suficiente para cubrir la cantidad de nutrimentos correspondientes a su edad y estado fisiológico.

Durante la segunda etapa del embarazo los requerimientos de la madre se incrementan porque hay un aumento en sus tejidos y porque el producto crece y gana peso. Por ello a partir de esta fecha, la embarazada debe consumir más alimentos no sólo energéticos, sino también estructurales como los que contienen proteínas, vitaminas y minerales (21).

- Ejercicio. El ejercicio es un método agradable de distracción, disipa la angustia y la tensión, tranquiliza la mente, mejora el sueño y estimula el apetito, aspectos que son útiles para la embarazada.

Hay diferencias en el grado de ejercicios para el inicio y final del embarazo. Cuando la gestación está en fase avanzada puede limitarse el ejercicio con relación con el que se hacía o recomendaba previamente.

Caminar en un medio con aire limpio y fresco es una forma adecuada y preferida de ejercicio durante el embarazo, porque estimula la actividad muscular de todo el organismo; refuerza alguno de los músculos utilizados en el parto, y todas las mujeres pueden practicarlo. El ejercicio de cualquier tipo no debe fatigar, y para asegurar los resultados más beneficiosos debe combinarse con aire limpio y luz solar, así como con períodos de reposo (22).

- Ingesta de medicamentos. Es innegable que la gran mayoría de los medicamentos administrados durante el embarazo cruzan la placenta y pueden ejercer efectos nocivos en el embrión o feto. Es por ello que cualquier medicamento debe ser prescrito sólo por el médico después de valorar la necesidad de su administración considerando el riesgo posible de su efecto.

La automedicación desde cualquier punto de vista es uno de los problemas más generalizados de salud pública y su gravedad se vuelve trágica en la mujer embarazada (23).

- Parto. El parto es un fenómeno por virtud del cual los productos maduros o no de la concepción se expulsan del útero.

Conforme se acerca la fecha del parto se debe evaluar oportunamente el comienzo del trabajo de parto, refiriendo a la embarazada al Centro de salud más cercano. A este respecto se sabe que el número de partos atendidos en instituciones hospitalarias ha ido aumentando en el país sin embargo, el rezago es aún enorme, en particular en los núcleos de población marginada de la cobertura de los servicios de salud en donde dicha atención no se presta o cuando se hace, ocurre en forma tardía o inadecuada.

En realidad muchos de los partos no atendidos institucionalmente, lo son por mujeres de la propia localidad, conocidas popularmente como matronas o parteras empíricas y en este caso la auxiliar de salud. Una partera tradicional es típicamente una mujer de edad media, cuyas vecinas o amigas solicitan su ayuda en el momento del parto. La comunidad por lo general le reconoce su capacidad para intervenir en tales situaciones así como experiencia y su disposición de trabajo en cualquier momento. Características que son importantes sobre todo en comunidades donde los servicios de salud pueden estar muy lejos o no existir. Si a esto agregamos el que algunas parteras no sólo se limitan a la atención del parto sino que ayudan a la mujer que da a luz en las labores de su casa, el tiempo que lo necesite, entonces podemos entender la importancia que ellas tienen en la localidad.

Quizá la característica más importante que la comunidad otorga a la partera sea la de que ella es capaz de entender el embarazo dentro del contexto cultural de la propia paciente. Esto es, conoce las tradiciones, los ritos, los masajes y demás actos que deben realizarse para que un parto evolucione adecuadamente. Todo lo anterior y el hecho mismo que la partera sea mujer se traduce en una amplia confianza por parte de la parturienta y de su familia.

Gran parte de los partos, atendidos por las parteras empíricas, terminan sin ninguna complicación, en otros casos como cuando existe alguna patología, es decir, cuando se trata de un embarazo de alto riesgo su capacidad es limitada por lo que es posible que se presente alguna defunción o complicación durante el parto. De hecho en la mayoría de las ocasiones, las condiciones de higiene en que se atiende el parto no son sin duda las mejores.

Esta situación llevó a las instituciones de salud del país entre 1973 y 1976 a impulsar un programa nacional de capacitación a parteras empíricas, el cual logró que en dicho período, quince mil de ellas se capacitaran y registraran principalmente en las zonas rurales del país.

Estas experiencias no son únicas en México, en otros países de América se han hecho programas semejantes, evaluándose el impacto que estos tienen en la población, así se ha llegado a constatar que, efectivamente, una partera bien capacitada es capaz de identificar a las embarazadas con alto riesgo y referirlas posteriormente a un hospital, lo cual ha contribuido a disminuir las complicaciones y muertes que puede traer un embarazo (24).

- Puerperio. El puerperio fisiológico es la etapa constituida por el tiempo necesario para que el organismo materno recupere el estado anterior al embarazo; oscila entre seis y ocho semanas (40 días) (25).

-Control médico. Las mujeres que han dado a luz necesitan cuidado físico para evaluar los cambios progresivos que ocurren en las mamas antes de la lactancia y también la involución de los órganos reproductores internos. La recién parida necesita nutrición, reposo y sueño, y una actividad equilibrada con el empleo útil de la ambulancia temprana.

En general dicho reposo no debe ser mayor de doce horas y durante este tiempo es recomendable cambiar frecuentemente de posición y realizar movimientos con las piernas. Después del reposo levantarse y caminar para favorecer el funcionamiento intestinal (26).

- Baño. La mujer en los comienzos del puerperio fácilmente tiene sudoración abundante, de manera que un baño diario la refresca y calma. Debe usar ropa interior y exterior cómoda que permita amamantar al recién nacido, usar vendaje o faja después del parto y usar zapatos cómodos suaves y que no lastimen.

El cuidado dental deberá realizarse como normalmente se hace es decir, cepillado tres veces al día.

- Ejercicio. En el puerperio pueden empezarse la práctica de ejercicios para acelerar la recuperación, evitar complicaciones y reforzar los músculos del dorso,

suelo pélvico y abdomen. Al estimular los músculos los ejercicios permiten a la mujer recuperar su figura y pueden brindar beneficio psíquico. Los ejercicios pueden comenzarse en el primer día posparto e incrementarse poco a poco. Es importante que la mujer no haga ejercicio excesivo y haya una evolución y progresión lenta en su práctica. Cada día puede agregarse un nuevo ejercicio y hacerlo cinco o diez veces durante seis semanas después del parto (27).

- Nutrición. Al considerar la alimentación de la puérpera hay que incluir dos factores que son :

1. Darle sus alimentos en forma general.
2. Aportar alimentos lo suficientemente nutritivos para que suministren las calorías y nutrimentos adicionales necesarios durante la lactancia.

Si se cumplen las condiciones anteriores, la convalecencia de la mujer será más rápida, recuperará con mayor rapidez la resistencia corporal y la calidad y cantidad de la leche serán mejores; también podrá resistir mejor las infecciones.(28)

- Ingesta de medicamentos. La administración de algunos medicamentos está contraindicada durante la lactancia porque tiene efectos tóxicos o suprimen la lactancia. Otros medicamentos no tienen efecto tóxico, pero pueden ser excretados en la leche materna y absorbidos por el lactante (29).

2.2.4 ATENCION AL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS.

- Recién nacido. Se conceptualiza al recién nacido como el producto de la concepción una vez que ha sido separado del organismo materno, desde la semana veinte de gestación hasta los veintiocho días de edad (30).

- Lactante. Es una etapa que define un período de la vida del niño y que jerarquiza la importancia de la alimentación al seno materno (31).

- Preescolar. Esta etapa comprende de los dos años a los cinco años once meses, se ha empleado el término "segunda infancia" como sinónimo (32).

- Control médico. Reconociendo a los padres como quienes en realidad proporcionan los cuidados de la salud del niño, el personal de salud les ayuda ofreciéndoles orientación, asesoría y enseñanza.

El control médico favorece el crecimiento físico, intelectual, emocional y social óptimo del niño. Además dirige a las familias hacia a una paternidad y maternidad responsables a través de educación en las prácticas de crianza de sus hijos, introduce al conocimiento de las necesidades de desarrollo y emocionales del niño normal, y una conciencia de medidas preventivas como los planes de inmunización, las precauciones de seguridad y la atención de enfermedades (33).

- Medidas higiénico-dietéticas. La higiene nunca es exagerada para el manejo del recién nacido; sabemos que tiene deficiencias inmunológicas que lo hacen más susceptible a las infecciones; por lo tanto el lavado de manos antes de tocarlo, la ropa muy limpia, los biberones bien hervidos y el baño diario son indispensables.

No es recomendable ofrecer al niño líquidos entre alimentos, para que ingieran la mayor cantidad de leche posible a sus horas, salvo en casos de indicación especial; además, a estos líquidos (té de manzanilla, hierbabuena, etc.) frecuentemente les agregan hidratos de carbono que aumentan la cantidad de azúcares que se tienen que degradar y absorber, lo cual favorece la fermentación, con la consecuente producción de gases (flatulencia) y aumento de la acidez de las heces fecales. Esto último favorece las rozaduras en el área del pañal y puede producir diarrea. En condiciones normales, siempre se recomendará la lactancia materna; si esto no fuera posible se utilizarán leches maternizadas o alimentación mixta (34).

El cordón umbilical se separa normalmente entre el quinto y noveno día de vida. Casi siempre se separa antes cuando se mantiene seco, algunos autores en este aspecto recomiendan que no se realice el baño diario; en ocasiones se separa después del noveno día no obstante que se ha conservado seco y libre de infección. El cordón debe permanecer cubierto desde que nace hasta que éste se desprende. No es conveniente utilizar esparadrapos sobre el cordón porque casi todos irritan la piel y algunos autores han comprobado que retardan la cicatrización. No es recomendable la venda alrededor del abdomen, porque dificulta la respiración y favorece los vómitos. El fajero se utilizará sólo para detener los pañales (35). Posteriormente los cuidados que se tendrán con el niño hasta los cinco años y más, son tan importantes como los otorgados al recién nacido.

También se les debe enseñar a lavarse las manos antes de tomar sus alimentos, después de ir al baño y siempre que estén sucias; en cuanto al lavado formal de dientes se recomienda iniciarlo desde temprana edad. Otros cuidados incluyen peinarlo, cortarle las uñas y vigilar que no adopte posturas inadecuadas. En cuanto al vestido, la ropa en general debe ser de acuerdo al clima, suave, ligera, de fibras naturales o que no irrite la piel. En lo que se refiere al ejercicio éste es muy necesario, si se le proporciona el espacio adecuado y libertad el niño por sí sólo realiza el ejercicio que requiere (36).

- Crecimiento y desarrollo. Crecimiento: es el aumento en la masa corpórea, es decir, modificaciones en el tamaño dependientes en última instancia del aumento de algunas células e incremento en el volumen de otras (37).

Desarrollo: Es el proceso durante el cual se produce el crecimiento emocional del individuo, desde la dependencia (absoluta, luego relativa) a la independencia, desde la inmadurez a la madurez. La madurez de un ser humano es un término que entraña el crecimiento personal del individuo y también su socialización. Es decir, la capacidad de integrarse en el mundo.

El desarrollo es un proceso dinámico en el que se integran las condiciones biológicas del individuo con las experiencias que el medio le proporciona. Desde el momento del nacimiento hasta que el niño es capaz de atender sus propias necesidades, el proceso de desarrollo se va cumpliendo en sucesivas fases dependientes e interrelacionadas (38).

Crecimiento y Desarrollo: Es una sucesión lógica de fenómenos biológicos y psicológicos cuya expresión social debe ser permitida por el medio ambiente, que ofrezca posibilidades materiales, intelectuales y afectivas.

- Alimentación. Los niños durante el primer año de vida al tener un intenso crecimiento y desarrollo necesitan alimentación adecuada, ya que sin ella disminuyen sus reservas de energía y otros nutrimentos así como las defensas inmunológicas; el resultado entre otros, es que el niño se encuentra más susceptible a las infecciones.

La leche humana, es de fácil digestión, contiene una proteína llamada lactoferrina, que refuerza las defensas orgánicas del niño y tiene gran afinidad con el hierro. Además, con su consumo hay menos incidencias de alergias y trastornos gastrointestinales. La leche materna favorece el establecimiento de la flora bacteriana gastrointestinal del niño y ayuda al proceso de digestión.

La leche secretada durante los primeros diez días después del parto, contienen anticuerpos que evitan la proliferación de bacterias y algunos virus, además de varias inmunoglobulinas que protegen al niño contra las enfermedades.

La edad preescolar constituye una época vigorosa de actividad física por lo que la alimentación es de suma importancia; además, es una etapa en que el niño es muy impresionable, por tanto es trascendental formarle buenos hábitos de alimentación e higiene.

Los padres necesitan vigilar con mucho cuidado la alimentación del niño para asegurarles buenos hábitos desde muy pequeños. Hay que recordar que los niños aprenden con el ejemplo; así pues, es que los padres tengan una alimentación balanceada.

Para que el niño crezca sano y fuerte es necesario que ingiera y absorba proteínas, carbohidratos, minerales, vitaminas, grasas y agua en cantidad suficiente para cubrir las necesidades de su cuerpo. Ahora bien una alimentación deficiente, así como el excesivo consumo de alimentos, resulta en deterioro del crecimiento y desarrollo, tanto desde el punto de vista biológico como del psicológico y social (39).

- Inmunizaciones. El propósito de las vacunas es desarrollar resistencia específica ya sea activa o pasiva en los individuos. No debemos olvidar que, lo fundamental es la capacidad del organismo (buena alimentación, adecuada vivienda, medio rural no deteriorado, etc.) para reaccionar (40).

- Estimulación temprana. El desarrollo físico y mental del niño depende de dos fuerzas principales: su potencial genético por un lado, y la estimulación ambiental que recibe.

Un niño que vive en un ambiente poco estimulante no puede alcanzar el nivel de desarrollo que puede lograr un niño de su edad que ha recibido suficiente estimulación sensorial. La estimulación que recibe a través de las sensaciones del movimiento y del juego constituyen la base de su desenvolvimiento intelectual y cognoscitivo.

El tipo de estimulación que los padres pueden dar a sus hijos depende de varias circunstancias tales como:

a) Su nivel económico, que puede ser bajo, medio o alto según los recursos materiales de que disponen para su subsistencia.

b) Su nivel cultural que abarca desde el analfabetismo hasta la preparación profesional universitaria.

c) El tipo de ambiente social que los rodea, que puede ser urbano o rural, zona marginada o poblaciones dispersas, alejadas de las ciudades. El ambiente físico y el clima brindan también diferente tipo de estimulación al niño (41).

2.2.5 PLANIFICACION FAMILIAR.

Planear la familia es considerar cuantos hijos desea tener una pareja y el lapso más adecuado que debe transcurrir entre un hijo y el siguiente.

En la toma de esta decisión entran en juego, entre otros, los siguientes factores:

- La conciencia humana.
- La educación religiosa.
- La edad y situación socioeconómica de la pareja.
- El amor conyugal.
- La responsabilidad de la pareja con los hijos.
- Condiciones de vida que desean para los hijos.

Importancia de la Planificación Familiar:

A nivel nacional y mundial, los programas y campañas de planificación familiar se han multiplicado al considerar a la explosión demográfica un problema de salud pública. Algunos gobiernos no sólo promueven y aplican la planificación de la familia, sino propician e imponen un franco control natal.

Algunas ventajas indiscutibles de la planificación familiar son las siguientes:

- a) Retrasar el embarazo en la mujer adolescente hasta que alcance su propio desarrollo, es decir, que tenga su primer hijo hasta que cumpla los veinte años.
- b) Espaciar el intervalo entre un embarazo y el siguiente, hasta que la madre se reponga del parto y puerperio; se recomienda un mínimo de dos tres años. Este tiempo permite, además, brindar mejor atención y mayor afecto al recién nacido.
- c) Evitar que ocurran embarazos en mujeres de edad obstétrica avanzada, con lo cual se disminuye el riesgo de que se presenten alteraciones congénitas, abortos o complicaciones obstétricas, abatiendo así la mortalidad, treinta y cinco años es la edad límite ideal para tener hijos.

d) Limitar el número de hijos que se tienen durante la etapa fértil para ofrecerles una mejor condición de vida. Las condiciones económicas de México justifican cada vez más la frase publicitaria, "La familia pequeña vive mejor" (42).

Métodos Anticonceptivos:

Son aquellos procedimientos que se siguen para prevenir el embarazo en forma temporal o permanente. Los métodos anticonceptivos son los siguientes:

a) Temporales:

- Hormonales orales.
- Hormonales inyectables.
- Dispositivo intrauterino.
- De barrera: preservativo.

b) Permanentes:

- Oclusión tubaria bilateral.
- Vasectomía (43).

2.2.6 ACTIVIDADES VARIAS.

A este programa corresponden las actividades que la auxiliar de salud realiza dentro de su comunidad y que no pertenecen a los programas de planificación familiar, atención al niño menor de cinco años y embarazo, parto y puerperio.

Para el desarrollo de este programa la auxiliar de salud debe estar capacitada para atender diferentes situaciones como lo es: Dar atención a la población enferma, para ello es necesario que tenga conocimientos mínimos sobre las enfermedades más frecuentes en su comunidad como: Infecciones respiratorias agudas, Enfermedades diarreicas agudas, Desnutrición, Enfermedades de la piel producidas por hongos, Sarna.

Además del manejo de un cuadro básico de medicamentos, la atención de primeros auxilios, toma de signos vitales, aplicación de inyecciones, manejo y conservación de los instrumentos que contiene el maletín que se le proporciona para la atención de la población y nociones de las actividades de promoción a la salud; cuya importancia radica en favorecer cambios en el comportamiento colectivo, orientar a la población acerca de cómo mejorar sus condiciones de vida, dónde puede recibir los servicios de salud, y que al poner en práctica lo aprendido logrará su bienestar individual y social (44).

2.3 AUXILIAR DE SALUD.

2.3.1 ACTITUD.

La actitud es una organización bastante aceptable de las opiniones, sentimientos y conductas de un individuo ante los demás, ante las situaciones o los objetivos; es decir, es una tendencia general a emitir la misma respuesta ante una persona u objeto.

Las actitudes constan de tres componentes:

1. Cognoscitivos (Opiniones).
2. Emocionales (Sentimientos).
3. Conductuales (Acción).

El prejuicio es una combinación de opiniones, sentimientos y tendencias conductuales. Este se funda en un estereotipo, o sea un conjunto de creencias basadas en la información falsa o incompleta que se aplica sin sentido crítico a un grupo entero de individuos. Esa clase de estereotipos lleva a apreciaciones falsas e impide captar las diferencias individuales. Gran número de opiniones se transmiten de padres a hijos, otras se aprenden en el templo, o en la escuela. Los medios de comunicación social son un medio muy eficaz para enseñar actitudes.

Una de las consecuencias más trágicas del prejuicio es que el objeto de la discriminación con el tiempo llega a aceptar los estereotipos; ello merma la autoestima, le producen sentimientos de desesperación e incluso rechazo de sí mismo.

El prejuicio se relaciona más bien con una mentalidad rígida y cerrada, la persona con prejuicios es aquella que no se abre a nuevas ideas y esto se debe a factores culturales (45).

2.3.2 PERSONALIDAD.

Cuando hacemos una apreciación general de un individuo englobamos en una visión sintética el conjunto de su carácter, de su inteligencia, de su capacidad para sentir y para obrar, y su conducta moral (46).

La personalidad además de contener las esferas biológicas y psicológicas, contiene una nueva esfera, la de los valores, que son ciertas normas o ideas creados por el hombre mismo que sirven de estímulos a sus acciones. Sólo el hombre es capaz de crear valores y orientar su conducta de acuerdo a ellos.

La personalidad humana está integrada por tres factores principales:

1. Factor intelectual.
2. Factor emotivo, que depende del temperamento y las reacciones afectivas .
3. El factor volitivo, vale decir, la capacidad para tomar determinaciones (47).

La personalidad se forma en función del desarrollo que según las condiciones ambientales han adquirido ciertas predisposiciones biológicas (48).

2.3.3 CONCEPTO DE AUXILIAR DE SALUD.

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

2.3.4 CARACTERÍSTICAS DE LA AUXILIAR DE SALUD.

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

- a) Ser residente de la localidad rural.
- b) Ser líder natural y participar en acciones en bien de la comunidad.
- c) Mostrar interés por el trabajo que desarrollará en la comunidad.
- d) Disponer de un tiempo mínimo de cuatro horas diarias para el desarrollo de sus actividades.
- e) Ser propuesta por la comunidad para desempeñar el trabajo de auxiliar de salud.
- f) Obtener un resultado satisfactorio de las entrevistas y el examen.
- g) Tener una edad entre veinte a cuarenta y cinco años.
- h) Preferentemente casada o haberlo sido.
- i) Instrucción primaria o saber leer y escribir.
- j) Contar con el apoyo de su familia (49).

2.3.5 ACTIVIDADES DE LA AUXILIAR DE SALUD.

Actividad 1: Integrar sus acciones para apoyar la organización y desarrollo de la comunidad.

Actividad 2: Reforzar las acciones de promoción consideradas en la Estrategia de Extensión de Cobertura.

Actividad 3: Proporcionar atención en planificación familiar.

Actividad 4: Proporcionar atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Actividad 5: Proporcionar atención al niño menor de cinco años.

Actividad 6: Proporcionar atención a la población que presente problemas de salud.

Actividad 7: Hacer uso adecuado del material, equipo, medicamentos y formas de registro necesarios para brindar la atención (50).

2.4 CAPACITACION Y ADIESTRAMIENTO

En los últimos años se le ha dado especial importancia a la calidad en la prestación de los servicios sobre planificación familiar y estrategia de extensión de cobertura; sin embargo ambas acciones no se limitan simplemente a la prestación de servicios específicos, incluyen acciones de información, orientación sexual y promoción educativa.

Las actividades educativas, como fin último buscan consolidar la organización del programa y garantizar la extensión de los servicios de salud a población abierta, tanto cualitativa como cuantitativamente.

Dichas actividades educativas están dirigidas principalmente al nivel comunitario, es decir, a la auxiliar de salud, ya que es ella quien presta los servicios directamente a la comunidad. Pero también los niveles superiores tienen programadas actividades educativas, ya que sin ello no se lograría mejorar los servicios proporcionados por la Estrategia de Extensión de Cobertura.

La organización y desarrollo de toda acción educativa dependerá del tipo de actividad por efectuar, ya sea capacitación o adiestramiento; para definir esto es necesario partir de la detección de necesidades que existen en la población.

Para realizar la detección de necesidades, se requiere conocer las carencias que tiene el personal para desarrollar su trabajo en forma adecuada. Una manera de conocer esto es a través de la supervisión, ya que con ella se observan, en forma directa las actividades que realiza el personal y se tiene la oportunidad de conocer las causas por las que determinado trabajador no realiza adecuadamente sus labores asignadas, que sirven de base para que pueda definir los puntos en que es necesario capacitar o adiestrar.

Con cualquier tipo de actividad educativa se pretende lograr un cambio en la conducta del educando. A través del proceso enseñanza-aprendizaje, se incide en cualquiera de las tres áreas del conocimiento que posee todo individuo, las cuales son:

- a) Area cognoscitiva.- se refiere a la memoria o recuerdo de conocimientos y al desarrollo de habilidades y capacidades.
- b) Area afectiva.- se refiere a los cambios en intereses, actitudes, valores y desarrollo de apreciaciones del individuo.
- c) Area psicomotora.- se refiere a la habilidad motora o muscular.

Capacitación se define como el proceso educativo encaminado a proporcionar conocimientos, desarrollar habilidades mentales y cambiar actitudes.

Adiestramiento es un proceso mediante el cual se proporciona agilidad en habilidades adquiridas, mediante la práctica más o menos prolongada de la misma.

En la práctica no se da esta separación tan definida, ya que durante una misma actividad se puede tener como objetivo, tanto adquirir conocimientos como alguna habilidad psicomotora (51).

2.4.1 CAPACITACION FORMAL E INFORMAL

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

Estas estrategias son: -En servicio, -Formal y -Continúa.

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

Capacitación formal. Es aquella en que se proporcionan conocimientos y habilidades en un momento específico y determinado para ello, cuya duración permita comprobar cierto nivel de aprendizaje. Implica contar con un grupo de educandos previamente seleccionados y citados en un lugar preestablecido, que reúna las condiciones físicas básicas para la realización de la actividad educativa.

Capacitación continúa: Como parte del proceso de enseñanza aprendizaje, los conocimientos, las habilidades adquiridas y los cambios de actitudes brindados a través de la capacitación, deben continuarse para garantizar tanto el reforzamiento como la adquisición de nuevos aprendizajes, y es a partir de la capacitación continúa como se logra este objetivo. Existen varias acciones por realizar en capacitación continúa como:

- La entrega de folletos, boletines, revistas de interés y otros.
- La supervisión acompañada de la asesoría.
- La realización de capacitaciones formales (52).

2.5 HABITOS Y COSTUMBRES DE SALUD MATERNO-INFANTILES

Costumbres: Se definen como aquellas normas o instituciones que están fuertemente relacionadas desde un punto de vista moral. Su observancia es exigida de varias maneras, y el no respetarlas acarrea desaprobación moral. Las costumbres son consideradas generalmente como esenciales al bienestar del grupo.

Los hábitos comprenden los usos establecidos por el tiempo, es decir, aquellas prácticas que han llegado a ser gradualmente aceptadas como formas apropiadas de conducta: las rutinas del trabajo y del ocio, los ritos de la observancia religiosa, la etiqueta que rige las relaciones sociales. Los hábitos son sancionados por la tradición y se apoyan en la presión que ejerce la opinión del grupo (53).

En los programas de capacitación, al estudiar las costumbres y tradiciones de la gente, muchas veces se cometen muchos de los errores siguientes: menospreciar las creencias locales y las formas tradicionales de curar diciendo que son anticuadas poco científicas y sin valor; admirar o idealizar las costumbres locales y la medicina tradicional, creyendo que son totalmente buenas y provechosa; o pasar por alto las costumbres y tradiciones y formas de curar de la gente.

Tanto los antiguos métodos como los nuevos tienen virtudes y defectos. Hay que dar mayor importancia a lo que es mejor. Muchos autores dicen que la principal meta en salud debe ser cambiar los hábitos y actitudes de la gente. Por desgracia tal meta señala lo que la gente hace mal en vez de basarse en lo que hace bien. Se basa en el punto de vista paternalista de que la ignorancia de la gente pobre es la causa principal de su mala salud, y que es la tarea de la sociedad corregir sus malos hábitos y actitudes.

Otros reconocen que la mala salud de los pobres, es en gran parte, el resultado de un sistema social que favorece a los fuertes a costa de los débiles. Su meta principal no es cambiar a los pobres, sino ayudarles a adquirir la comprensión y habilidades necesarias para cambiar las condiciones que causan la pobreza y la mala salud.

La conducta perjudicial de ricos y pobres resulta en parte de la situación social injusta en que vivimos. Así que en vez de tratar de reformar a la gente la educación en la salud necesita dirigirse a ayudar a la gente a aprender como cambiar su situación.

A medida que la gente se sienta más segura de sí misma y de su capacidad de realizar acciones eficaces, su actitud y conducta podrán cambiar. Pero los cambios duraderos vendrán de dentro de la gente misma.

En todas las comunidades hay hábitos y tradiciones que son provechosos. Otros sirven poco; y algunos probablemente son dañinos. Muchas veces la gente misma no está segura de cuáles son realmente provechosos y cuáles pueden ser dañinos.

Una parte importante del trabajo para lograr una comunidad mas sana es ayudar a la gente a examinar sus hábitos y costumbres (54).

2.6 MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL EN MEXICO.

Las mejores condiciones de salud y bienestar alcanzadas por la sociedad mexicana durante el presente siglo han dado lugar a una transición epidemiológica y demográfica notable, misma que en su primera etapa se caracterizó por la evidente disminución de la mortalidad iniciada durante la década de los treinta, y que ha llevado a que la esperanza del niño al nacer aumentara de 40 a 67.1 años, entre 1930 y 1989.

Actualmente se puede considerar que el país ha entrado en una fase de crecimiento regulado; sin embargo, las tasas registradas siguen siendo altas lo que constituye un verdadero reto para el Sistema Nacional de Salud.

El panorama se complementa con la heterogénea distribución de la población en el territorio nacional. Por una parte el país se ha visto inmerso en un proceso acelerado de urbanización. En efecto, en 1950 dos de cada tres mexicanos vivían en áreas rurales, mientras que en 1980 lo hacía menos del cincuenta por ciento; y para 1988, aproximadamente siete de cada diez mexicanos residían en localidades urbanas. Por otra parte, la dispersión en el área rural se ha incrementado de tal forma que un catorce por ciento de la población está distribuida en 110 mil localidades con menos de quinientos habitantes, lo cual dificulta conocer su situación de salud y, por ende, satisfacer la demanda de servicios (55).

Mortalidad materna.

La definición de defunción materna según la Organización Mundial de la Salud es "la defunción de una mujer mientras esté embarazada o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el el embarazo mismo o su atención pero no por causas incidentales o accidentales" (56).

Además de ser un indicador del nivel de bienestar social alcanzado por la población, la mortalidad materna permite evaluar la cobertura y calidad de la atención a la salud. Al analizar el número de muertes ocurrido anualmente en la población femenina durante el embarazo, el parto o el puerperio, es posible agrupar

sus causas en obstétricas directas e indirectas así como identificar aquellas que son evitables con facilidad.

La mortalidad materna ha tenido un descenso sostenido. En efecto, en 1985 la tasa fue de 6.4 defunciones por cada diez mil nacidos vivos registrados, en comparación con la de 9.5 informada en 1980. La mencionada tasa continúa siendo elevada, si se considera que algunos de sus componentes son susceptibles de prevención y control.

Entre las causas principales de mortalidad materna, la toxemia y las hemorragias del embarazo y del parto representan el cuarenta y cinco por ciento del total de las defunciones, con tasas específicas de 1.5 y 1.4 por cada diez mil nacidos vivos, respectivamente.

Si se toma en cuenta que treinta por ciento de los partos no es atendido por personal preparado, se puede concluir que la mortalidad que se presenta en este grupo es evitable, en parte, a través de la extensión y el mejoramiento de los servicios de salud (57).

Mortalidad en menores de cinco años.

La mortalidad en el grupo de menores de cinco años constituye uno de los indicadores de salud de mayor sensibilidad para medir las condiciones sociales y económicas prevalecientes en una población. Entre otros aspectos, capta directamente la cobertura y calidad de los servicios básicos de salud.

La mortalidad infantil sigue mostrando una tendencia descendente sostenida. Los registros oficiales de 1986 ubican el nivel en 23.6 defunciones por cada mil nacidos vivos registrados; sin embargo, las cifras adolecen de un subregistro importante ya que por métodos indirectos se ha estimado que el nivel real es de 38.7 por cada mil nacidos vivos registrados, con un subregistro cercano a cuarenta por ciento.

Al analizar los datos de mortalidad infantil por entidad federativa se puede concluir que el subregistro es mayor en algunas regiones y se concentra en el período neonatal.

Entre las causas principales, el primer lugar lo ocupa las afecciones originadas en el período perinatal, con 6.9 muertes por cada mil nacidos vivos registrados, seguidas por las enfermedades infecciosas intestinales, cuya tasa es 5.5.

La influenza y las neumonías tiene una tasa de 4.4 defunciones por cada mil nacidos vivos registrados. Una de cada siete muertes se debe a ellas, más de la mitad se presentan durante el período posneonatal y una buena parte podría evitarse mediante acciones sencillas de salud, realizables en el primer nivel de atención (58).

III. JUSTIFICACION

Las embarazadas y los niños representan grupos de poblaciones vulnerables en lo que a salud se refiere, por esta razón deben disfrutar de una atención especial y prioritaria. Proteger la salud de la embarazada y de los niños es proteger el futuro de nuestro país, pese a que ninguno de estos constituyen factores reales de reivindicación ni representan elementos de una inmediata productividad económica.

Las condiciones sanitarias, económicas y culturales tienen una estrecha relación con la salud del binomio madre-hijo, tal como sucede con cada uno de los individuos que componen la población. Las madres están expuestas a los riesgos inherentes al embarazo, parto, puerperio y lactancia; y los niños a las dificultades del crecimiento y del desarrollo.

Para ello la Secretaría de Salud creó el Programa de Estrategia de Extensión de Cobertura, por el cual se llevan los servicios de salud básicos a las poblaciones rurales dispersas a través de una Auxiliar de Salud, miembro de la propia comunidad y capacitada por la Secretaría de Salud, para dar atención al grupo materno-infantil y coadyuvar al mejoramiento de su salud y desarrollo.

Con base a lo anterior creemos que las acciones que realiza la Auxiliar de Salud están directamente relacionadas con la morbilidad y mortalidad materno-infantil existentes en la población, así como la práctica de hábitos de salud.

IV. OBJETIVOS.

GENERAL:

Conocer la influencia que tienen las actividades que realiza la Auxiliar de Salud dentro de su comunidad, en los últimos cuatro años, sobre la morbilidad y mortalidad materno-infantil y la práctica de hábitos de salud.

ESPECIFICOS:

1. Identificar las causas de morbilidad y mortalidad materno-infantil más frecuentes de las comunidades.
2. Detectar los hábitos de salud materno-infantil de las comunidades en estudio.
3. Conocer el perfil sociodemográfico y el tipo de capacitación que han recibido las auxiliares de salud.
4. Conocer el grado de aceptación que tiene la auxiliar de salud en su comunidad.
5. Identificar como intervienen los hábitos de salud practicados por la población en la salud materno-infantil.
6. Identificar los factores que impiden a la auxiliar de salud desempeñar sus actividades.
7. Comparar los índices de morbilidad y mortalidad materno-infantil de 1988 a 1992 de los módulos en estudio.

V. METODOLOGIA

DISEÑO: Se trata de una investigación de tipo descriptivo transversal.

LUGAR Y TIEMPO: El estudio se realizó en los módulos I. Angamacutiro (Curicipo, El Troje, Aramutaro, San Ignacio, Aranjuez, El Rosario, Miravalle, Nuevo Paraiso, Estancia del Río y La Zapotera), IV. Penjamillo (La Higuera, La Cuestita, La Tepuza, Huapamacato, El Colorado, El Palmito, La Noria, Santa Bárbara y El Mezquite de Hernández) y V. Pastor Ortíz (Col. Pastor Ortíz, Servando Chavez, Corrales, San Isidro T.B., Mancera, Lazaro Cardenas, Gildardo Magaña, Zapote de Parras, Col. Morelos y Mezquite Gordo); de la Jurisdicción Sanitaria No. VI La Piedad-Michoacán, de septiembre de 1993 a junio de 1994.

POBLACION: Se tomó como universo de trabajo a las mujeres en edad fértil con hijos menores de cinco años. De las cuales se eligieron al azar diez de cada comunidad que integran cada módulo, para obtener una muestra total de 300 mujeres. Así como también 30 auxiliares de salud de los módulos I. Angamacutiro, IV. Penjamillo y V. Pastor Ortíz.

VARIABLES EN ESTUDIO:

VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
EDAD	Tiempo en que una persona ha vivido a contar desde que nació.	Edad en años	Cualitativa	n= 15 a 49 años
RELIGION	Conjunto de creencias o dogmas acerca de Dios.	Católica, evangélica o testigos de Jehová	Cualitativa	1= católica 2= evangélica 3= t. Jehová
IDENTIFICA A.S.	Reconocer al agente de salud	Si - No	Cualitativa	1= sí 0= no
CONOCIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE LA A.S.	Entendimiento de la población hacia las tareas propias de la A.S.	Servicios que incluyen los programas de la E.E.C.	Cualitativa	9= 1, 2, 4, 8, 16 10=1, 2, 4, 8, 16, 32 11= 1, 2, 4, 8, 16, 32 12= 1, 2, 4, 8, 16, 32, 64, 128, 256 0= no
A. S. Y PARTIDO POLITICO.	Organización política por la que se puede inclinar la A.S.	Si - No	Cualitativa	1-3= si 2-0= no
SERVICIOS SOLICITADOS	Función o prestación desempeñada que requiere la población	Actividades v. Planificación F. Atn. al menor Emb., parto y p.	Cualitativa	1= A.V. 2= P.F. 4= E.P.P. 8= ATN. MENOR 0= NO
IMPORTANCIA DE LA A.S.	Que tiene valor, interés para la comunidad	Si - No	Cualitativa	1, 2, 4= sí 0= no

MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL	Mujeres que fallecen durante o como consecuencia del embarazo, parto o puerperio y las defunciones ocurridas antes que el niño alcance el año de vida	Materna Infantil Causas No. de casos	Cualitativa Cualitativa Cuantitativa	1= infantil 2= materna 0= no
MORBILIDAD	Casos de una enfermedad en relación con la población en que se presenta	Causas No. de casos	Cualitativa Cuantitativa	1= IRAS 2= EDAS 3= AMIBIASIS 4= ASCARIASIS 5= OXIURIASIS 6= NEUMONIAS
CONFIANZA HACIA LA A.S.	Esperanza que tiene la pob. hacia la A.S. por las cualidades que tiene para sus funciones	Si - No	Cualitativa	1, 2, 4= sí 16, 32, 64= no 88= no sabe
CALIDAD DE SERVICIO	Nivel de rendimiento o logro de las actividades de la A.S.	Bueno Regular Malo	Cualitativa	1= bueno 2= regular 3= malo 88= no sabe
TRATO DE LA A.S. A LA POB.	Proceder bien o mal de obra o palabra por parte de la A.S.	Cortés Descortés	Cualitativa	1= cortés 2= descortés 8= no sabe
RECURSOS	Elementos o medios de que la A.S. dispone para satisfacer las necesidades de la población	Suficiente Insuficiente	Cualitativa	1= suficiente 2= insuficiente 8= no sabe

IMPEDIMENTOS	Obstáculos que imposibilitan la ejecución de las actividades de la A.S.	Edad, estado civil de la A.S., partidos políticos, cuestiones personales, mayor confianza a l médico, desconfianza de la A.S.	Cualitativa	<p>1= edad por falta de experiencia</p> <p>2= casada puede entender mejor los problemas d e pareja</p> <p>3= casada no tiene tiempo</p> <p>0= no</p> <p>1= mayor canfianza con e médico</p> <p>2= partido pilítico</p> <p>3= cuestiones personales</p> <p>4= desconfianza de discreción</p>
HIGIENE	Normas d e conservación para mantener la salud y medios de prevenir las enfermedades	Medios d e eliminación d e excretas y basura, higiene de los alimentos, lavado de manos antes de comer, de preparar alimentos, después de ir al baño, toma agua hervida, clorada o de la llave	Cualitativa	<p>1= ras del suelo, cal</p> <p>2= ras del suelo, entierra</p> <p>3= ras del suelo, deja</p> <p>4= letrina</p> <p>5= fosa séptica</p> <p>6= baño inglés</p> <p>1= quema</p> <p>2= entierra</p> <p>4= c a m i ó n recolector</p> <p>8= la tira</p> <p>1= si</p> <p>0= no</p> <p>1= hierve</p> <p>2= clora</p> <p>0= de la llave</p>

HABITOS D E SALUD EN EL EMBARAZO	Prácticas de salud realizadas en el embarazo	Control médico, baño, alimentación, vestido, cuidado dental, ejercicio, ingesta de med., vacunas	Cualitativa	n= número de consultas 1= 1-3 días 2= 8-15 días 1= normal 2= holgado 1= aumenta 2= disminuye 3= igual 1= 1-3 al día 2= ocasional 1= si 2= no 1= sulfato ferroso 2= med. si afec. 3= med. no afec. 0= no 1= si 0= no
HABITOS D E SALUD EN EL PARTO	Prácticas de salud realizadas en el parto	Lugar de atención: Centro de salud Médico-clínica Partera Médico-casa Sola en casa	Cualitativa	1= C.S. 2= Partera 4= Méd.-clínica 8= Méd.-casa 16= Sola
HABITOS D E SALUD E N ELPUERPERIO	Prácticas de salud realizadas en el puerperio	Control médico, baño, alimentación, vestido, cuidado dental, ejercicio, ingesta de med.	Cualitativa	1= si 0= no 1= 1-3 días 2= 8-15 días 1= normal 2= especial 1= normal 2= holgado 1= si 0= no

HABITOS DE SALUD EN EL R.N.	Prácticas de salud realizadas en el recién nacido	Control médico, baño, vestido, alimentación, vacunas, estimulación temprana, cuidados al cordón umbilical	Cualitativa	1= si 0= no 1= 1-3 días 2= 8-15 días 1= normal 2= especial 1= lactancia mat. 2= fórmula 3= ambos 1= si 0= no 1= lava y seca 2= no lo moja 4= pone aceite, talco o merthiolate 8= pone tepetate o telaraña 16= lo lava
HABITOS DE SALUD EN EL MENOR DE CINCO AÑOS	Prácticas de salud realizadas en menor de cinco años	Control médico, baño, ejercicio, cuidado dental, vacunas, estimulación temprana	Cualitativa	1= si 0= no 1= 1-3 días 2= 8-15 días 1= si 0= no

RECOLECCION DE INFORMACION:

- Entrevista estructurada, con el apoyo de una encuesta.
- Registro civil.
- Centro de salud.

A través de este estudio se quiso ver la influencia que tienen las actividades que realizan las auxiliares de salud en la morbilidad y mortalidad materno-infantil de 1988 a 1992 y los hábitos de salud practicados por la población de los módulos en estudio.

Para esto se elaboraron varios instrumentos de recolección de información que fueron: dos cuestionarios uno dirigido a la población y otro a las auxiliares de salud y dos formatos para el registro de la información obtenida en centros de salud y registros civiles.

El cuestionario dirigido a la población cuestionó aspectos sobre conocimiento e impresión de las actividades realizadas por las auxiliares en las comunidades, además de los hábitos higiénico-dietéticos materno-infantiles, practicados por la población (Ver anexo 1).

El cuestionario aplicado a las auxiliares indaga aspectos relacionados a su perfil sociodemográfico (Ver anexo 2).

Otras fuentes importantes de información fueron centros de salud y registros civiles del área de influencia de los módulos en estudio, de los cuales se obtuvieron la morbilidad y mortalidad materno-infantil, de 1988 a 1992; la información se recolectó en formatos diseñados para ello (Ver anexos 3 y 4).

En base a la información recabada en los cuestionarios se codificaron las respuestas obtenidas.

Una vez terminada la codificación se procedió a elaborar la base de datos en los paquetes DBIII y DBASEIV para capturar y procesar la información. Para el procesamiento de la información fue necesario aprender el manejo de algunos paquetes estadísticos de computación como: DBIII, DBASEIV, EPI 5, EXCEL; así como paquetes procesadores de palabras como: WINDOWS y WINWORD.

Para elaborar la discusión se confrontaron la información bibliográfica, experiencias y observaciones que se dieron durante la entrevista y a lo largo del servicio social; con los resultados obtenidos en esta investigación.

A partir de lo anterior se concluyó y se plantearon posibles alternativas de solución a los problemas detectados.

VI. RESULTADOS.

Características generales de la población.

En treinta comunidades rurales pertenecientes a los módulos I. Angamacutiro, IV. Penjamillo y V. Pastor Ortíz pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No. VI La Piedad-Michoacán, se entrevistó a un total de 300 mujeres en edad fértil con hijos menores de cinco años.

La distribución por grupos de edad se observa en el cuadro 1, donde podemos apreciar que más de la mitad de las mujeres encuestadas es el grupo de 20 a 30 años.

En relación con la religión el 98% católica y el 2% Testigos de Jehová. Por lo que respecta al estado civil el 100% fueron casadas.

Cómo identifica la población a la auxiliar de salud en relación a los programas.

Acerca del conocimiento que tiene la población de su auxiliar de salud tenemos que el 92% refiere conocerla y el 8% no. En cada comunidad se elige a la auxiliar de salud por diferentes medios como son: una reunión comunitaria, por cualidades de ella misma, a través del jefe de orden o por experiencias familiares. Se obtuvo que el 94% de la población no sabe de la elección de la auxiliar de salud, el 6% sabe cómo fue elegida, pero sólo el 3% participó en ella elección (Cuadro 2).

Por lo que se refiere al conocimiento del programa de actividades varias por parte de la población se obtuvo lo siguiente: el 49% conoce que proporciona atención a la población enferma, el 25% sabe que da atención de primeros auxilios, el 5% que da charlas educativas y finalmente el 3% refiere la medición de signos vitales. Es importante señalar que el 39% desconoce los servicios que proporciona (Cuadro 3 y gráfica 1).

En cuanto al programa de planificación familiar lo conoce el 46% y fue más predominante en aquellas que desconocen el programa con un 54%. Sólo el 38% sabe de la aplicación de los diferentes métodos anticonceptivos (Cuadro 4 y gráfica 2).

Del programa de atención del niño menor de cinco años se observa que el 63% de la población encuestada desconoce las actividades que realiza la auxiliar de salud y sólo el 27% sabe que proporciona vacunación y un 14% tiene conocimientos de que vigila el crecimiento y desarrollo del menor de cinco años (Cuadro 5 y gráfica 3).

Respecto al programa de embarazo, parto y puerperio un 7% sabe que la auxiliar de salud proporciona control prenatal a toda embarazada; sin embargo el 91% desconoce la existencia de este programa (Cuadro 6).

De estos programas el que más solicita la población es el de actividades varias con un 60%, en segundo lugar el de planificación familiar con un 36%, en seguida está la atención del menor de cinco años con un 25% y por último el de embarazo, parto y puerperio con un 17% y el 19% aquellos que no han solicitado ningún servicio (Cuadro 7 y gráfica 4).

De la población que ha solicitado los servicios, el 63% lo califica como bueno, el 17% lo califica como regular el 1%, como malo, y el 19% nunca lo ha usado. Dentro de las causas para clasificar lo bueno, regular y malo se mencionan las siguientes: Como bueno: porque sirve su medicamento, tiene conocimientos, experiencia y disponibilidad. Como regular: en ocasiones no sirve la medicina o no cuenta con ella, falta de capacitación y como malo: no está capacitada, no sirve el medicamento, inexperiencia, falta de tiempo (Cuadros 8 y 9, gráfica 5).

De los que acuden con la auxiliar de salud el 98% opinan que el trato hacia ellos es cortés y descortés el 2%.

El 67% considera que es importante contar con una auxiliar de salud en su comunidad, ya que esta puede ayudar en algún caso de urgencia y a su vez proporcionar medicamentos que incluye el cuadro básico. Además estiman importante la existencia de la auxiliar de salud por cercano 37% y gratuito 30% (Cuadro 10).

De la población que acude con la auxiliar el 56% considera que el material y medicamento son insuficientes y el 44% que es suficiente.

En relación a la edad y estado civil de la auxiliar el 93% opina que no tienen importancia estos aspectos para que la comunidad no acuda a solicitar sus servicios, mientras que el 3% refiere que sí es casada entendería mejor los problemas de pareja, pero el 1% afirma que siendo casada sus actividades prioritarias serían dentro de su familia y el 3% cree que la corta edad de la auxiliar es un impedimento por la falta de experiencia (Cuadro 11 y gráfica 6).

De la información obtenida el 82% refiere no tener ningún impedimento para acudir a los servicios que proporciona la auxiliar de salud, mientras el 9% dice no acudir por problemas personales, el 6% porque tiene mayor confianza con el médico, el 2% porque desconfía de la discreción de la auxiliar y sólo el 1% por pertenecer a partidos políticos opuestos (Cuadro 12 y gráfica 7).

En cuanto a que si la auxiliar de salud debiera pertenecer a algún partido político, se obtuvo que el 30% dijo que el que ella tenga preferencia por alguno no debe ser un impedimento para la realización de sus actividades, un 29% opinó que no debe pertenecer a ninguno porque la atención que proporciona no sería igualitaria, y el 28% piensa que el que ella pertenezca a algún partido les ayudaría a satisfacer sus necesidades comunitarias (Cuadro 13 y gráfica 8).

Entre los hábitos higiénico-dietéticos generales de la población encontramos que:

La eliminación de excretas al ras del suelo sin ningún control es la forma más usual en un 42%, el 18% utiliza baño tipo inglés, el 16% usa letrina y el 15% fosa séptica, el 9% al ras del suelo y le pone cal o entierra.

El manejo de la basura es a través de la quema en un 49%, la tiran y la queman un 32%, el 9% la deposita en el camión recolector, el 3% la quema y la tira en el camión recolector, 4% la tira, el 2% la quema y el 1% la entierra .

Por lo que respecta a la higiene de manos y alimentos, el 84% se lava las manos después de ir al baño; antes de preparar los alimentos el 90% y antes de comer un 82%. El 89% lava frutas y verduras antes de consumirlas, y el 11% no lo hace. De la población encuestada el 57% hierva el agua para beber, el 6% que la clora y el 37% la toma de la llave.

La fauna doméstica que predomina en las comunidades son: aves de corral, cerdos, perros, gatos, vacas, burros, caballos, chivos y borregos. De la fauna nociva se encontraron principalmente las moscas, ratas, cucarachas y alacranes.

Los hábitos de higiene practicados por la población durante el embarazo, parto, puerperio, así como en el recién nacido y el menor de cinco años son los siguientes:

La mujer durante su control prenatal asistió de una a cuatro veces el 39%, de cinco a nueve veces el 36% y no acude a su control el 25% (Cuadro 14 y gráfica 9). El 75% de la población acudió para su control prenatal con el médico; el 13% con la auxiliar, el 8% con la partera (Cuadro 15 y gráfica 10). En relación a los hábitos alimenticios durante la etapa prenatal el 61% no la modifica, el 35% aumenta su alimentación y el 4% la disminuye. Las características del vestido en este período es holgado en el 86% y normal el 14%. En la higiene personal, el baño lo realiza el 98% con una frecuencia del diario a cada tercer día, el 2% se baña cada 8 a 15 días en promedio. La población que realiza ejercicio durante el embarazo, es el 14% y el 86% no lo hace. La higiene bucal lo realiza un 71% diariamente, un 29% ocasionalmente (Cuadro 16). Acerca de la ingesta de medicamentos durante el embarazo el 52% toma sulfato ferroso, el 2% medicamentos que afectan esta etapa (Cuadro 17 y gráfica 11). Durante el embarazo el 64% se aplica la vacuna del toxoide tetánico y el resto no.

Para la atención del parto, el 85% de la población acude con el médico, el 30% con la partera y el 9% se atiende sola en casa (Cuadro 18).

Durante el periodo posparto las mujeres que reciben atención médica es el 21% y el 79% no (Cuadro 19). La alimentación que llevan las puérperas el 88% es especial por que ingieren alimentos que no consumen habitualmente en su dieta diaria; el 12% lleva la misma alimentación que acostumbra normalmente. El 96% de las puérperas no realiza ejercicio y sólo el 4% sí. En su higiene personal, el baño lo realiza el 56% de cada 8 a 15 días en promedio y el 44% lo hace diario o cada tercer día. La higiene bucal lo realiza un 72% y el 28% no (Cuadro 20).

El 25% de los neonatos reciben atención médica y el 75% no. Quien los atiende es el médico con un 60%, y 40% con la auxiliar (Cuadro 21). El cordón umbilical lo protegen con antiséptico el 84%, lo fajan el 54%, teniendo una asepsia del mismo

con agua, jabón y secan el 47%, el 26% no le realiza ningún procedimiento y el 3% le pone tepetate o telaraña (Cuadro 22). Para la alimentación del recién nacido el 65% es a través de la lactancia materna, con fórmula el 9% y reciben alimentación mixta el 26%. El baño que le proporciona la madre al neonato es con una frecuencia del diario a cada tercer día el 72%, de cada 8 a 15 días es el 28%. La vestimenta es normal en el 96% y en el 4% es especial por las costumbres que suelen practicar (Cuadro 23). El esquema básico de vacunación lo recibe el 98% de los neonatos y sólo el 2% no.

El control de niño sano lo recibe el 21% y el 79% no. El 6% recibe control del niño sano con el médico, el 16% con la auxiliar (Cuadro 24). Tenemos que el 96% se baña con una frecuencia de diario o cada tercer día y el 4% lo realiza de cada 8 o 15 días. La higiene dental la practica el 54% y el 46% no. Los niños que realizan ejercicio es el 28% y no lo hace el 72% (Cuadro 25). Quienes cubrieron su cartilla de vacunación fue un 97% y el 3% no la cubrió. El 75% de los menores de cinco años recibieron estimulación temprana por parte de su familia y el 25% no.

Características de la auxiliar de salud.

Otra entrevista fue la que se dirigió a las auxiliares de salud para obtener información sobre aspectos del perfil sociodemográfico de cada una de ellas, de lo cual se obtuvieron los siguientes resultados:

En relación con la edad de las auxiliares de salud el 70% fueron de 20 a 45 años, el 20% de 14 a 19 años y el 10% de 45 a 55 años (Cuadro 26 y gráfica 12).

En relación a su estado civil el 57% son solteras, el 37% casadas y el 6% viudas.

En lo que respecta a su escolaridad el 23% corresponde a primaria incompleta, el 47% a primaria completa, el 10% a secundaria incompleta, el 17% a secundaria completa y el 3% a bachillerato incompleto (Cuadro 27).

En cuanto a su religión el 97% es católica y el 3% es de otra.

Referente al partido político al que están asociadas las auxiliares fue el P.R.I., con un 57%, el P.R.D. con el 20% y las que no pertenecen a ninguno el 23%.

Respecto al tiempo que tienen de pertenecer al programa la auxiliar fue de 2 a 5 años el 50%, de menos de 6 meses el 27%, de 7 meses a un año el 13% y de 6 a 8 años el 10% (Cuadro 28 y gráfica 13).

En relación a los cursos formales el de planificación familiar lo ha tomado el 50%, el de parteras el 3%, y las que no tienen ningún curso el 47% (Cuadro 29).

El 90% de las auxiliares retiere gustarle el programa porque ayuda a la población, el 57% porque puede obtener nuevos conocimientos, el 27% para ayudar a su familia y a sí misma y el 23% por el incentivo económico que recibe (Cuadro 30).

Dentro de los obstáculos que la auxiliar tiene para llevar a cabo sus actividades son: el 23% la falta de capacitación, el 17% por la negligencia de la población hacia las actividades que realiza, un 13% porque no tiene tiempo, un 10% porque no tiene material ni medicamento suficiente, finalmente el 37% no tiene ningún obstáculo (Cuadro 31 y gráfica 14).

En cuanto a la forma de elección el 30% fue escogida por el encargado del orden, el 27% por la enfermera, el 23% por gusto y transferencia de un familiar y el 20% por medio de una reunión comunitaria (Cuadro 32 y gráfica 15).

Morbilidad y Mortalidad Materno-Infantil

Por lo que respecta a la morbilidad hasta el año de vida las principales enfermedades que se presentaron fueron infecciones de vías respiratorias agudas, infecciones gastrointestinales, amibiasis, ascariasis y oxiuriasis.

En cuanto a la morbilidad presentada en el módulo de I. Angamacutiro en 1988 se registraron 265 casos de Infecciones Respiratorias Agudas (I.R.A.S.) y en 1992 357; las Enfermedades Diarréicas Agudas (E.D.A.S.) en 1988 se encontraron con 117 casos y en 1992 102; las amibiasis en 1988 con 41 casos y 53 en 1992; las amigdalitis con 27 casos en 1988 y en 1992 no se registró ninguno; las oxiuriasis con 20 casos en 1988 y 38 en 1992. Teniendo una fluctuación inestable entre los años de 1989 y 1991(Cuadro 33 y gráfica 16).

La morbilidad registrada en el módulo de IV. Penjamillo en 1988 en cuanto a las Infecciones Respiratorias Agudas se presentaron 337 casos y en 1992 1063 casos; las amibiasis en 1988 con 91 casos y en 1992 182; las Enfermedades diarréicas agudas en 1988 94 y en 1992 350; las ascariasis con 20 casos en 1988 y 37 en 1992; la oxiuriasis en 1988 10 casos y en 1992 33. En general las anteriores causas presentaron una tendencia a aumentar entre los años de 1988 a 1992 (Cuadro 34 y gráfica 17).

La morbilidad registrada en el módulo V. Pastor Ortíz en 1988 en relación a las Infecciones Respiratorias Agudas fue de 50 casos y en 1992 153; las Enfermedades Diarréicas Agudas en 1988 con 23 casos y en 1992 no se registraron casos; la amibiasis en 1988 con 17 casos y en en 1992 17 también, es de notar que en 1990 se registraron 62 casos (Cuadro 35 y gráfica 18).

En general en los tres módulos se presentaron fluctuaciones variables, siendo más frecuentes las Infecciones Respiratorias Agudas.

En cuanto a la mortalidad materno-infantil, se reportó sólo la ocurrencia de dos muertes infantiles y una materna, durante el año de 1993, siendo las causas prematuridad y enfermedad crónica degenerativa.

VII. DISCUSION.

Teniendo la experiencia y el conocimiento del trabajo realizado en las comunidades rurales pertenecientes a los módulos I.Angamacutiro (Curicipo, El Troje, Aramutaro, San Ignacio, Aranjuez, El Rosario, Miravalle, Nuevo Paraiso, Estancia de Rio y La Zapotera), IV.Penjamillo (La Higuera, La Cuestita, Patzímara de Aviña, La Tepuza, Huapamacato, El Colorado, El Palmito, La Noria, Santa Barbara y El Mezquite de Hernández) y V.Pastor Ortiz (Colonia Pastor Ortiz, Servando Chávez, Corrales, San Isidro T.B., Mancera, Lazaro Cardenas, Gildardo Magaña, Zapote de Parras, Colonia Morelos y Mezquite Gordo), de la Jurisdicción Sanitaria No.VI La Piedad-Michoacán, podemos decir que estas comunidades estudiadas tienen características típicas de comunidades rurales dispersas y que no difieren de la bibliografía consultada.

Algunas de las características en común son:

- Que son menores de 2500 habitantes
- Que su economía gira en base a la producción de trigo, fresa, maíz, sorgo, calabaza, frutas (guayaba, sandía, etc.); ganado porcino y bovino especialmente ya que el campo es su principal fuente de trabajo, aunque éste no es bien remunerado, lo que trae como consecuencia la emigración de hombres y mujeres a los Estados Unidos.
- Su alimentación se basa principalmente en: huevo, pastas, frijoles, leche, tortilla, chile, garbanzo, habas y lentejas.
- Que cuentan con un encargado del orden cuya función es ver las necesidades sentidas por la comunidad y transmitir las al H.Ayuntamiento para su posible solución.
- Difícil acceso a los servicios de salud, cabe mencionar que cuentan con una auxiliar de salud.
- Comunicaciones y transporte público escasos, ya que las corridas se limitan de una a tres al día en horarios específicos.
- En cuanto a religión predomina la católica, lo que no permite la unión libre.
- Existe cierto fanatismo en relación a partidos políticos.

Por lo anterior se explica que la mayoría de las mujeres entrevistadas sean casadas, de religión católica. Sus edades están en mayor proporción entre los 20 y 39 años.

Dicha población tiene la oportunidad de ser asistida en salud por un agente de la propia comunidad llamada auxiliar de salud. aunque la mayoría dice conocerla se pudo observar en el transcurso de esta investigación que la gente no la conoce con el nombre de auxiliar de salud sino por su nombre de pila, esto nos hace pensar que no se le da la debida importancia a la existencia de ésta y una de las razones puede ser porque no se lleva a cabo la elección de la auxiliar de acuerdo a lo establecido por la Estrategia de Extensión de Cobertura y esto trae como consecuencia el desconocimiento de la población en lo que se refiere a sus funciones. situación que se refleja en su productividad. Lo anterior no es conveniente ya que para sustentar la labor tan importante de la auxiliar la Secretaria de Salud se esfuerza en capacitarlas para la prestación de servicios básicos de salud en las comunidades rurales dispersas

Vemos que de igual manera se refleja en la demanda de los servicios solicitados, ya que cuando no se tiene el conocimiento de todos los servicios que la auxiliar presta. la solicitud de éstos es limitada. Otro de los factores que pudiera contribuir al desconocimiento pleno de las funciones para las cuales es capacitada, es que el trabajo en comunidades rurales que se inició con el programa de planificación basicamente. por ello la población se ha quedado con la impresión de que la auxiliar se dedica sólo a dicho programa. Es cierto que este programa es prioritario para el Estado de Michoacán ya que las tasas de natalidad son altas, pero es de asombrar que si existen cuatro programas prioritarios de salud manejados por la Estrategia de Extensión de Cobertura no se implementen todos adecuadamente. Lo podemos ver en los servicios prestados los cuales son mínimos en relación a lo que realmente puede ofrecer la auxiliar así tenemos que se solicita la atención a enfermos y dotación de métodos anticonceptivos, mientras que en los programas de atención al niño menor de cinco años, y embarazo, parto y puerperio no son tan solicitados como los anteriores, por lo tanto no tienen la oportunidad de poner en práctica sus conocimientos adquiridos por medio de la capacitación formal e informal

Debemos recordar que el hecho de que la comunidad no reconozca todas las funciones de la auxiliar no es tan sólo la falta de promoción y la mala estrategia en su elección sino también es un problema Jurisdiccional. ya que no le dan la debida importancia a los cuatro programas y tienen prioridad por el de planificación familiar el cual toman como base para evaluar la Estrategia de Extensión de Cobertura lo que a nuestro parecer se ha vuelto un vicio no integrar los cuatro programas para

dar un juicio de las actividades que se realizan en la Estrategia de Extensión de Cobertura.

A pesar de los pocos servicios que se han solicitado la comunidad en su mayoría piensa que el servicio es bueno así como el contar con una auxiliar dentro de ésta, ya que es el servicio de salud más cercano y gratuito con el que pueden contar en caso de emergencia pues los centros de salud se encuentran muy alejados.

La atención materno-infantil es prioritaria en nuestro país debido a los grandes índices de mortalidad infantil lo que depende en gran medida de la salud materna; es por ello que las acciones de prevención deben iniciarse desde la concepción del producto y en esa medida favorecer la salud del binomio madre-hijo. A este respecto se encontró que la tercera parte de las mujeres encuestadas reciben control médico durante el embarazo pero sólo una minoría recibe el número mínimo de consultas señaladas por la Organización Mundial de la Salud. Es importante mencionar que esta tercera parte recibe en promedio tres consultas durante su embarazo, lo que nos hace pensar que las mujeres se están concientizando sobre la importancia que tiene el llevar un control prenatal, así como de la adecuada higiene, con baño diario o cada tercer día, que es lo que comúnmente realizan las mujeres en esta etapa. En cuanto a la alimentación que consideramos lo más importante durante el embarazo por ser un factor determinante en el crecimiento y desarrollo del producto, se obtuvo que menos de la tercera parte su aumenta sus alimentación, lo que nos habla de una necesidad de orientar más y mejor en cuanto a los efectos desfavorables en el crecimiento y desarrollo del producto provocados por una alimentación materna deficiente. Otros de los aspectos que debe cuidar la embarazada es su vestimenta, cuidado dental y ejercicio, en relación a esto podemos decir que las mujeres no acostumbran el ejercicio como tal, sin embargo sus actividades diarias implican realizar caminatas largas para llevar alimento a los trabajadores campesinos, además que realizan grandes esfuerzos cuando participan en las labores del campo.

Algunas de las costumbres que tienen para el cuidado dental es el uso del bicarbonato, polvo de tortilla quemada y palillos dentales. En cuanto a su vestido la mayor parte de las mujeres en el embarazo lo utilizan holgado, además de ponerse una venda en el abdomen para disminuir las molestias por el peso del producto.

Una minoría de la población encuentra como impedimentos para acudir con la auxiliar el tener problemas personales, tener mayor confianza con el médico, por rivalidad entre partidos y por desconfiar de la discreción de la auxiliar. En cuanto a la rivalidad por partidos políticos a pesar de que se encuentran en último lugar esto es un aspecto importante para la población ya que una parte opina que la auxiliar debe pertenecer a un partido político para recibir ayuda por parte del mismo, y otro tanto se opone porque la atención se divide.

Entre las características de los hábitos de salud practicados por la población, se observó que en cuanto a la eliminación de excretas sigue siendo un problema importante de salud pública, ya que predomina aún la eliminación al ras del suelo, misma que contribuye a la aparición de algunas enfermedades en razón al ciclo epidemiológico. Una de las tareas más importantes de la auxiliar es promover los hábitos higiénicos más adecuados, en este caso su poca intervención tiene mucho que ver en el que no se haya mejorado o cambiado la forma de eliminación de excretas.

A pesar de que la población refirió lavarse las manos después de ir al baño, antes de preparar los alimentos y antes de comer, lo anterior no es compatible con lo que se observó además que en algunas comunidades no cuentan con el servicio intradomiciliario de agua potable.

Otro hecho es que la población en su mayoría refirió tomar agua hervida o clorada, lo que nos habla de un paso en el autocuidado de su salud.

Para la atención del parto la mayor parte de las mujeres acuden con el médico mientras que la auxiliar no tiene ninguna participación en ésta; algo importante es que todavía hay quienes se atienden con la partera o solas en su casa lo que puede implicar un riesgo para la salud materno-infantil si la partera no esta debidamente capacitada. A saber lo que conduce a la comunidad a solicitar los servicios de una partera es porque además de ser un miembro de la propia comunidad le tienen confianza por su experiencia, conoce sus costumbres y tradiciones y por el hecho de ser mujer de edad generalmente avanzada. Por otro lado en la prevención del tétanos neonatal a través de la aplicación de la vacuna durante el embarazo se encontró que una tercera parte no se la aplica.

En la etapa del puerperio se pudo observar que la mayoría de las mujeres de la comunidad no van al médico, esto puede deberse a que creen que éste período es inocuo para la mujer o que prefieren disminuir las molestias que llegaran a presentar a través de otros medios diferentes a la asistencia médica como la medicina tradicional, esta creencia de no recibir control médico durante esta etapa va en contra de lo establecido con la bibliografía, ya que es necesario vigilar la involución uterina y detectar posibles complicaciones posparto; proporcionar indicaciones sobre alimentación, técnicas de lactancia materna, deambulaci3n, cuidados al ni1o, etc. Es grato ver que la alimentaci3n que llevan, en esta etapa es satisfactoria en su mayor1a, ya que te3ricamente se recomienda aportar los nutrimentos suficientes para que suministre calor1as adicionales durante la lactancia. Conociendo que el puerperio es una etapa fisiol3gica constituida por el tiempo necesario para que el organismo materno recupere el estado anterior al embarazo y que el ejercicio contribuye a favorecer el funcionamiento intestinal; sin embargo es importante se1alar que el ejercicio no forma parte de las costumbres de nuestra poblaci3n en el puerperio. Sabemos que el ba1o diario o cada tercer d1a proporciona bienestar y evita infecciones vaginales. A diferencia del embarazo, en el puerperio vemos que la mayor1a de la poblaci3n realiza el ba1o en forma m1s espaciada esto es, de cada ocho o cada quince d1as, factor que las expone a complicaciones e infecciones prevenibles a trav1s del ba1o frecuente. Una costumbre muy com1n en las pu3rperas es cubrirse la cabeza y la espalda, ellas refieren que hacen esto para evitar dolores de cabeza (punzadas) y que el alimento materno no disminuya, hecho del que no hay datos sobre su desaprobaci3n por lo que consideramos inofensivo para la salud de la reci3n parida.

La Estrategia de Extensi3n de Cobertura establece ciertos lineamientos para la selecci3n de una auxiliar en comunidad, entre los cuales podemos citar la edad que debe ser de 20 a 45 a1os, preferentemente casadas o haberlo sido, con instrucci3n primaria o saber leer y escribir entre otros.

Con base a lo anterior hay que afirmar que son pocas las auxiliares de salud que no cumplen estos requisitos. Al respecto vemos que a1n existen algunas prejuicios en la comunidad acerca de estos conceptos ya que si la auxiliar es de corta edad, a la gente no le inspira confianza por la falta de experiencia, lo que implica una baja en el desempe1o de sus actividades en general. A1n cuando no todas cumplen los requisitos que se establecen en la Estrategia de Extensi3n de Cobertura para la

selección de auxiliar; algunos opinaron que no es un impedimento la edad y el estado civil para solicitar sus servicios.

Para el desempeño de un cargo es muy necesaria la instrucción académica para lograr un mayor rendimiento, ya que a mayor grado de escolaridad mayor es el grado de comprensión de las actividades a realizar. En el caso concreto de la auxiliar que cuenta en su mayoría con instrucción primaria completa, esto puede limitar la integración de sus actividades como parte de un todo que es la salud.

La disposición de que las auxiliares sean elegidas a través de una reunión comunitaria, tiene un fundamento importante, el tomar la opinión de la población sobre la persona que puede ocupar el puesto con lo que se estaría dando mayor promoción y difusión a la existencia de la auxiliar, así como el conocimiento de sus funciones dentro de su comunidad, entonces habrá mayor demanda de los servicios y el despertar en la auxiliar de una motivación hacia la superación para dar respuesta a las necesidades de salud de su comunidad.

Creemos que si lo anterior no está dado adecuadamente desde su inicio en la Estrategia de Extensión de Cobertura, puede ser la causa de las deficiencias en la relación a la demanda y prestación de servicios.

El tiempo de permanencia de cada auxiliar dentro del programa es ilimitado ya que no existen parámetros en donde se determine el período de estancia dentro de éste, cosa que en la práctica se pudo observar que tienen desde seis meses hasta ocho años. Cabe mencionar que las que pertenecen a éste programa es porque les gusta ayudar a la población y por tener otros conocimientos, además de poder ayudar a su familia y recibir un estímulo económico.

El éxito de toda institución depende en gran medida del grado de capacitación y adiestramiento que se le proporcione a sus elementos de trabajo, ya que esto implica dinero, tiempo y esfuerzo por las dos partes.

La falta de capacitación es uno de los impedimentos prioritarios para que la auxiliar realice sus funciones, entre otros también está la negligencia de la población, la falta de tiempo y material.

Podemos mencionar que sólo han recibido capacitación la mitad del total de las auxiliares, esto puede deberse a que algunas que ya algunas han sido capacitadas formalmente abandonan el cargo en poco tiempo, esta problemática trae como consecuencia que el proceso de selección y enseñanza de la auxiliar vuelva a iniciarse invirtiendo más tiempo, dinero y esfuerzo.

VIII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

De acuerdo al programa que tiene la Jurisdicción Sanitaria No. VI La Piedad-Michoacán, para elegir a las auxiliares de salud en las comunidades, en la práctica no se llevan a cabo las estrategias de elección, por lo que la población desconoce a éste agente por el nombre de auxiliar de salud. Además esto provoca que se desconozca en su totalidad cada uno de los programas lo que se refleja en la falta de demanda; además de que la gente solicita otro tipo de servicios que no se les puede proporcionar, ya que los cuatro programas que se manejan en la Estrategia de Extensión de Cobertura tienen sus propias normas y delimita las funciones de la auxiliar.

Otro aspecto es que existe preferencia por el Programa de Planificación Familiar a nivel tanto jurisdiccional como estatal, esto es que no le dan la debida importancia a los demás programas por lo tanto se descuidan, y no se promueven integralmente todas las funciones que la auxiliar realiza.

Al hacer una evaluación semestral del programa de planificación familiar debería también hacerse con los demás programas y así poder evaluar conjuntamente el avance en cuanto al funcionamiento y productividad que éstos tienen en las comunidades así como detectar limitaciones y obstáculos de éstos para tratar de darles alguna posible solución.

Así mismo no hay una vigilancia constante por parte de los supervisores de nivel jurisdiccional, estatal y central, por lo que no se dan cuenta de las necesidades de la comunidad y así contribuir a satisfacerlas, abasteciendo de material y medicamento suficiente para cada comunidad y valorar las necesidades de capacitación formal de las auxiliares de salud.

A pesar de los pocos servicios a los que acude la gente, reconocen que es de gran importancia contar con una auxiliar de salud por cercano y gratuito, además de que los puede orientar y canalizar al Centro de Salud por algo que no pudiera resolver.

Se sugiere que se lleve a cabo correctamente la forma de elección para dar a conocer sus funciones y obligaciones a desempeñar en la comunidad. Para ello se requiere que el personal de salud encargado la promueva como agente de salud importante y capaz. Se recomienda que las supervisoras de auxiliares de salud realicen una evaluación y retroalimentación mensual del trabajo así como los resultados de la promoción.

En relación a las características de la población, por ser muy partidista trae como consecuencia la división entre comunidades y miembros de las mismas, esto es un gran problema al querer reunir a la población en su conjunto para escoger a la auxiliar de salud, por ejemplo.

Se sugiere concientizar a la población acerca de que la salud es para todos así como los servicios que presta la auxiliar de salud independientemente de la religión, partido político, posición económica, etc.

A pesar de que los hábitos higiénico-dietéticos generales de la población no se reportaron como significativos, vemos que esto no es compatible con lo que se observó en el transcurso de la entrevista, ya que no cuentan con los suficientes servicios intradomiciliarios para satisfacer sus necesidades.

Es de observarse que la forma de eliminación de excretas sigue siendo la más inadecuada en las comunidades, ya que a pesar de la presencia de la auxiliar, la eliminación al ras del suelo no se ha modificado. Lo mismo sucede con la práctica de lavado de manos, higiene dental, higiene de los alimentos y el agua para beber.

Se debe enfatizar durante la capacitación continua informal a las auxiliares, por parte de las supervisoras de auxiliares, principalmente el hecho importantísimo de prevenir a través de las pláticas y prácticas de salud, éstas deben ser constantes, utilizando diferentes métodos y técnicas didácticas para que la enseñanza no sea monótona y así lograr un cambio de actitud, lo que nos habla de un verdadero aprendizaje, de ésta forma estaremos contribuyendo a la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materno-infantil existentes en la comunidad.

En general los hábitos de salud practicados por las mujeres en el embarazo, parto y puerperio; son buenos a pesar de que la auxiliar tiene poca participación en el control de estas etapas, esto es porque las mujeres no aceptan que ella las revise por pudor y desconfianza de su preparación.

Se sugiere que la auxiliar de salud promueva la higiene personal en estas etapas principalmente en el puerperio, a través de charlas educativas, visitas domiciliarias y orientación sobre los cuidados propios de cada etapa. Además que la capacitación a las auxiliares se intensifique en forma teórica y práctica, no sólo en la comunidad sino que se programen algunas prácticas en el Centro de Salud que le corresponda, solicitando el apoyo a los directores de los mismos y pasantes del

servicio social de la licenciatura en enfermería y obstetricia, los cuales deberían vivir en los centros de salud cabecera de módulo, ya que así se facilita su tarea principal de capacitar a las auxiliares en especial en la atención de parto inminente.

Los hábitos higiénico-dietéticos de los menores de 5 años aparentemente son buenos, pero todavía hay algunas costumbres que pueden perjudicar la salud del niño. Cabe mencionar que en este programa las auxiliares tienen más participación en relación con la del médico, esto significa que hay un avance positivo en cuanto a la confianza de la gente hacia la auxiliar.

La morbilidad de 1988 a 1992 no presenta cambios significativos por lo que es difícil precisar si las auxiliares han tenido algún efecto sobre esto.

Se sugiere que en investigaciones posteriores se tome otra fuente de información como una muestra más grande y que en los registros de atención de los centros de salud pongan un rubro en donde especifiquen la comunidad o procedencia de los pacientes que acuden para que de este modo se pueda ser más confiable y verídica la información de la morbilidad existente en cada comunidad, así mismo que exista un censo de población en cada comunidad y se actualice año con año.

PERFIL DE LA AUXILIAR DE SALUD

En cuanto al estado civil creemos que no necesariamente debe de ser casada ya que siendo soltera tendría tiempo para desempeñar mejor sus funciones y no habría tanto problema para asistir al curso formal que se imparte a las auxiliares una vez por año.

Con respecto a la edad sugerimos que se apeguen a lo marcado por la Estrategia de Extensión de Cobertura.

Es importante estimular a las auxiliares a través de las supervisiones regulares del nivel modular, jurisdiccional, estatal y central, haciéndoles sentir la importancia y trascendencia de su labor en la comunidad y con esto conocer sus necesidades e inquietudes.

1. Ferrara, A. Floreal, et.al. **Medicina de la comunidad**, p. 40-44.
2. San Martín, Hernán. **Salud comunitaria**, p. 47.
3. Biesanz y Biesanz. **La sociedad moderna**, p. 53-54.
4. Ibid., p.82.
5. Escalante, Fortón Rosendo, **Investigación, organización y desarrollo de la comunidad**, p. 63.
6. Ibid., p. 64-65.
7. Biesanz y Biesanz. *Op.cit.* p. 66.
8. San Martín, Hernán, **Salud y enfermedad**, p.722.
9. Coplamar, **Necesidades de salud en México. Situación y perspectivas del año 200**, p.9,121,122.
10. Kroeger, Axel y Luna Ronaldo, **Atención primaria de salud**, p.5-6
11. Secretaría de Salud, **Análisis de las actividades desarrolladas en la E.E.C., enero-diciembre 1991**, p.3.
12. Ibid.,p. 6.
13. Kroeger, Axel y Luna Ronaldo, *Op.cit.*, p.35.
14. Secretaría de Salud, *Op.cit.*, p. 9.
15. Mondragón Castro Héctor, **Obstetricia básica ilustrada**, p. 108-109.
16. Moreno Altamirano Laura, **Factores de riesgo en la comunidad I**, p. 129.
17. Martínez y Martínez R., et.al., **La salud del niño y del adolescente**, p. 210-211.
18. Ingalls A. Joy, et.al., **Enfermería materno infantil y pediátrica**, p. 98-99.
19. Secretaría de Salud, **Manual sobre salud materno infantil**, p. 28.
20. Moreno Altamirano Laura, *Op.cit.*, p. 142-144.
21. Secretaría de Salud, **Guía para la educación alimentaria y la orientación higiénica**, p. 17-18.
22. Reeder J. Sharon, et.al., **Enfermería materno infantil**, p. 431-432.
23. Mondragón Castro Héctor, *Op.cit.*, p. 118.
24. Moreno Altamirano Laura, *Op.cit.*, p. 129-130.
25. Mondragón Castro Héctor, *Op.cit.*, p. 215.
26. Secretaría de Salud, **Manual sobre salud materno infantil**, p. 40.
27. Reeder J. Sharon, *Op.cit.* p. 667.
28. Ibid., p. 658-659.
29. Mondragón Castro Héctor, *Op.cit.* p. 237.

30. Moreno Altamirano Laura, Op.cit. p., 155.
31. Martell Miguel, et.al., **Evaluación primaria del desarrollo hasta los cinco años de vida**, p. 11.
32. Martínez y Martínez R., et.al., **La salud del niño y del adolescente**, tomo II, p. 998.
33. Chow Marilyn P., et.al., **Manual de enfermería pediátrica**, p. 715.
34. Martínez y Martínez R., Op.cit., tomo I, p. 278.
35. Illingworth Ronald S., **El niño normal**, p. 221-122.
36. Secretaría de Salud, **Manual sobre salud materno infantil**, p. 67,71-72.
37. Moreno Altamirano Laura, Op.cit., p. 203.
38. Martell Miguel, Op.cit., p. 6-7.
39. López Merino Josefina, **Guía de educación sobre nutrición**, p. 144-145, 151-152.
40. Gomezjara Francisco, et.al., **Salud comunitaria**, p. 515.
41. Nieto H. Margarita, **¿Porqué hay niños que no apenden?**, p. 15.
42. Mondragón Castro Héctor, **Ginecología básica ilustrada**, p. 478.
43. Diario oficial, **Norma técnica No.22 para la planificación familiar en la atención primaria a la salud**, p. 73-76.
44. Secretaría de Salud-Dirección General de Planificación Familiar, **Cuaderno técnico de planificación familiar No.12**, p. 353.
45. Smith Ronald E. **Psicología, fronteras de la conducta**, p. 718-721.
46. Fingermann Gregorio, **Psicología**, p. 235.
47. Ibid., p.237-239.
48. Cerda Enrique, **Una psicología de hoy**, p. 439-440.
49. Secretaría de Salud-Dirección General de Planificación Familiar, **Estrategia de Extensión de Cobertura**, p. 31.
50. Secretaría de Salud-Dirección General de Planificación Familiar, **Cuaderno técnico de planificación familiar**, p.17-23.
51. Díaz Infante Méndez Marisa, **Capacitación**, p.1-2.
52. Ibid, p. 4-5.
53. Ely Chinoy, **La sociedad**, p. 39-40.
54. Werner David, **Aprendiendo a promover la salud**, p. 30-31, 140-141.
55. Secretaría de Salud, **Programa Nacional de Salud 1990-1994**, p. 7.
56. Moreno Altamirano Laura, Op.cit., p. 149.
57. Secretaría de Salud, **Programa Nacional de Salud**, p. 10.
58. Ibid., p. 9.

X. BIBLIOGRAFIA GENERAL.

- 1.- CERDA, Enrique, **Una psicología de hoy**. Ed. Herder. Duodécima ed. Barcelona, 1982. pp 669.
- 2.- CLAY, Lingren Henry. **Introducción a la psicología social**. Ed. Trillas. México, 1980. p 229.
- 3.- COPLAMAR. **Necesidades esenciales en México. Situación y perspectivas del año 2000**. Tomo 4. Ed. Siglo XXI. México, 1989. p 452.
- 4.- CHOW, Marilyn P., et.al. **Manual de enfermería pediátrica**. Ed Limusa. México, 1983. p 1053.
5. - Diario oficial. **Norma técnica No. 22 para la planificación familiar en la atención primaria a la salud**. Lunes 7 de julio de 1986. Segunda sección. p. 73-76
- 6.- DIAZ INFANTE, Méndez. **Capacitación**. Ed. Dirección General de Planificación Familiar. México. p 28.
- 7.- ELY, Chonoy. **La sociedad. Una introducción a la sociología**. Ed. Fondo de Cultura Económica. 15a. ed. México, 1987. p 423.
- 8.- ESCALANTE, Forton Rosendo. **Investigación, organización y desarrollo de la comunidad**. Ed, Oasis. 9a. ed. México
- 9.- FERRARA, A. Floreal, et.al. **Medicina de la comunidad**. Ed. Buenos Aires. Buenos Aires, 1976. p 478.
- 10.- FINGERMANN, Gregorio. **Psicología**. Ed. El Ateneo. 3a. ed. Buenos Aires, 1979.
- 11.- GOMEZJARA, Francisco y Avisa Roselia. **Salud comunitaria**. Ed. Porrúa. México, 1989. p 729.
- 12.- HANLON, Mchose. **Guías para la salud en la comunidad**. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, 1967.
- 13.- HERNAN, San Martín. **Salud y enfermedad**. Ed. Prensa médica mexicana. 4a. ed. México, 1984. p 893.
- 14.- ILLINGWORTH, Ronald S. **El niño normal**. Ed. El manual moderno. 3a. ed. México
- 15.- INGALLS, A. Joy., Salerno M. Constance. **Enfermería materno infantil y pediátrica**. Ed. Limusa. México, 1991. p 935.
- 16.- KROEGER, Axel y Luna Ronaldo. **Atención primaria de salud**. Ed. Pax. 2a. ed. México, 1992. p. 639.
- 17.- LOPEZ, Merino Josefina. **Guía de educación sobre nutrición**. Ed. Libra. México, 1984. p 323.

- 18.- MARTELL, Miguel, et.al. **Evaluación primaria del desarrollo hasta los cinco años de vida.** Publicaciones Clap No. 1148. O.M.S.-O.P.S. p 57.
- 19.- MARTINEZ y Martínez R., Novoa N.J **La Salud del niño y del adolescente.** Tomo I. Ed. Salvat. México, 1981. p 996.
- 20.- MARTINEZ y Martínez R. Novoa N.J. **La salud del niño y del adolescente.** Tomo II. Ed. Salvat. México, 1981. p 1859.
- 21.- MONDRAGON, Castro Héctor. **Ginecología básica ilustrada.** Ed. Trillas. México, 1989. p 478.
- 22.- MONDRAGON, Castro Héctor. **Obstetricia básica ilustrada.** Ed. Trillas. 3a. ed. México, 1989. p 724.
- 23.- MORENO, Altamirano Laura, et.el. **Factores de riesgo en la comunidad I.** Ed. UNAM. México, 1991. p 306.
- 24.- NIETO, H. Margarita. **¿Porqué hay niños que no aprenden?.** Ed. La prensa médica mexicana. México, 1987. p 310.
- 25.- REEDER, J. Sharon, et.al. **Enfermería materno infantil.** Ed. Harla. México, 1983. p 1157.
- 26.- SAN MARTIN, Hernán. **Salud comunitaria.**Ed. Díaz de Santos. 2a. ed. México, 1988. p 376.
- 27.- S.S.A. **Análisis de las actividades desarrolladas en la E.E.C. enero-diciembre 1991.** p 33.
- 28.- S.S.A.-D.G.P.F. **Estrategia de Extensión de Cobertura.** México, 1993. p 31.
- 29.- S.S.A.-D.G.P.F. **Cuaderno técnico de Planificación Familiar No. 12.** México, 1991. p 365.
- 30.- S.S.A. **Manual de salud materno-infantil.** México, 1987. p 101.
- 31.- S.S.A. **Programa Nacional de Salud 1990-1994.** México, 1990. p 78.
- 32.- WERNER, David y Bower, Bill. **Aprendiendo a promover la salud.** Ed. Centro de estudios A.C. México, 1987. p 622.

ANEXOS

ANEXO 1
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Cuestionario dirigido a la población de las comunidades correspondientes a los módulos I, IV y V de la Jurisdicción Sanitaria No. VI La Piedad-Michoacán.

I. FICHA DE IDENTIFICACION.

1. Domicilio: _____
2. ¿Qué edad tiene? _____ Estado civil: _____
3. ¿A qué religión pertenece? _____

II. SERVICIOS DE SALUD QUE HA SOLICITADO LA POBLACION Y CALIDAD DE LOS MISMOS.

4. ¿Conoce usted a la auxiliar de salud? SI () NO ()

5. ¿Sabe cómo fue elegida? SI () NO (),

¿Cómo? _____

6. ¿Participó en la elección? SI () NO ()

7. ¿Sabe qué servicios proporciona la auxiliar? SI () NO (),

¿Cuáles? _____

8. ¿Cree usted que la auxiliar debiera o no pertenecer a un partido político?

SI () NO (),

¿Porqué? _____

9. ¿Ha solicitado algún servicio de la auxiliar? SI () NO (),

¿Cuáles? _____

10. ¿Cree importante contar con una auxiliar en su comunidad?

SI () NO (),

¿Porqué? _____

11. ¿Piensa que el caracter de la auxiliar le permite teneer confianza para acrecarse a ella por algún problema de salud? SI () NO (),

¿Porqué? _____

Marque con una (X) la respuesta de las preguntas 12, 14 y 15

12. ¿Cómo considera el tipo de servicio que le otorga la auxiliar?

Bueno ___ Regular ___ Malo ___

¿Porqué? _____

13. ¿Cómo es el trato cuando acude con la auxiliar? _____
14. ¿Cómo considera el material, equipo y medicamento para su atención?
 ..Suficiente___Insuficiente___No sabe___
15. ¿Qué impedimentos tiene para asistir a solicitar los servicios de la auxiliar? Estado civil___ Edad___ Partido político___ Mayor confianza con el médico___ Cuestiones personales___ Desconfianza de su discreción___

III. MORTALIDAD.

16. ¿Ha fallecido alguno de sus familiares en el último año? SI () NO (), mencione la causa: _____

IV. HIGIENE.

Marque con una (X) la respuesta de las siguientes preguntas

17. Eliminación de excretas:

Al ras del suelo: le pone cal___ lo entierra___ lo deja___

Letrina_____

Fosa séptica_____

Otro_____

18. Eliminación de basura:

La quema___ La entierra___ Camión recolector___ La tira___ Otro___

19. Higiene de manos y alimentos:

Se lava las manos después de ir al baño. SI () NO ()

Se lava las manos antes de preparar los alimentos. SI () NO ()

Se lava las manos antes de comer. SI () NO ()

Lava frutas y verduras. SI () NO ()

Hierve el agua. SI () NO () La clora. SI () NO () La toma de la llave. SI () NO ()

V. CONTROL DE FAUNA.

Marque con una (X) la respuesta

20. Fauna nociva: Moscas___ Cucarachas ___ Ratas___ Alacranes___

Otros___

21. Fauna doméstica: Cerdos___ Chivos___ Aves de corral___ Vacas___

Otros___

VI. HABITOS HIGIENICO -DIETETICOS EN LAS DIFERENTES ETAPAS

HABITOS	EMBARAZO	PARTO	PUERPERIO	RECIEN NAC.	MENOR 5 AÑOS	OBSERVACIONES
CONTROL MEDICO						
BAÑO						
VESTIDO						
ALIMENTACION						
CUIDADO DENTAL						
EJERCICIO						
INGESTA D E MEDICAMENTO						
LUGAR DE ATENCION						
CUBRE CABEZA Y ESPALDA						
VACUNAS						

ANEXO 2

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

Encuesta dirigida a las Auxiliares de Salud de los módulos I, IV y V de la
Jurisdicción Sanitaria No. VI La Piedad-Michoacán.

OBJETIVO: Conocer el perfil sociodemográfico de la Auxiliar de Salud y el
tipo de capacitación que ha recibido.

1.- Comunidad: _____

2.- Edad: _____ 3.- Sexo: _____

4.- Estado civil: _____ 5.- Escolaridad: _____

6.- Religión: _____ 7.- Partido político: _____

8.- Tiempo en el programa: _____

9.- Cursos recibidos: _____

10.- ¿Porqué le gusta el Programa de Estrategia de Extensión de
Cobertura?

11.- Mencione los impedimentos que tiene usted para realizar sus
actividades:

12.-¿Cómo fue elegida usted para ser auxiliar de salud? _____

ANEXO 3

**REGISTRO DE LA MORTALIDAD MATERNO INFANTIL DE 1988 A
1992, DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION
SANITARIA NO. VI LA PIEDAD-MICHOACAN.**

CAUSA	EDAD	SEXO	AÑO

ANEXO 4
REGISTRO DE LA MORBILIDAD DE 1988 A 1992 DE LOS
MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI LA
PIEDAD-MICHOACAN.

CAUSA	EDAD	SEXO	AÑO

CUADRO 1
POBLACION POR GRUPOS DE EDAD

MICH. 1993

EDAD	Frec	%
16-19	17	6
20-30	167	55
31-39	78	26
40-49	38	13
TOTAL	300	100%

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI DE LA PIEDAD MICHOACAN.

CUADRO 2
MEDIOS DE ELECCION CONOCIDOS POR LA POBLACION
PARA ELEGIR A LA AUXILIAR DE SALUD

MICH. 1993

ELECCION DE LA AUXILIAR	FREC.	%
REUNION COMUNITARIA	6	2
POR CUALIDADES	7	2
A TRAVES DEL JEFE DEL ORDEN	1	1
POR SUGERENCIAS Y EXPERIENCIAS FAMILIARES	4	1
NO SABE	282	94
TOTAL	300	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI DE LA PIEDAD MICHOACAN.

CUADRO 3
ACTIVIDADES QUE CONOCE LA POBLACION
DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES VARIAS

ACTIVIDADES	MICH. 1993	
	FREC.	% *
CHARLAS EDUCATIVAS	15	5
PROPORCIONA ATENCION A LA POBLACION ENFERMA	147	49
CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES	3	1
ATENCION DE PRIMEROS AUXILIOS	75	25
TOMA DE SIGNOS VITALES	9	3
NO SABEN	116	39

* El porcentaje es mayor del 100% porque algunas mujeres dieron más de una respuesta

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI DE LA PIEDAD MICHOACAN.

CUADRO 4
ACTIVIDADES QUE CONOCE LA POBLACION
DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

PLANIFICACION FAMILIAR	MICH. 1993	
	FREC.	%*
DETECCION DE MUJERES CON RIESGO DE EMBARAZO	4	1
PROMOCION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	60	20
CONTROL DE USUARIAS DE P.F.	114	38
EXPLORACION DE MAMAS	5	2
REFIERE AL CENTRO DE SALUD	5	2
VISITAS DOMICILIARIAS	8	3
NO SABE	162	54

* El porcentaje es mayor del 100% porque algunas mujeres dieron más de una respuesta.

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI DE LA PIEDAD MICHOACAN.

CUADRO 5
ACTIVIDADES QUE CONOCE LA POBLACION DEL PROGRAMA DE ATENCION
AL MENOR DE 5 AÑOS

MICH. 1993

MENOR DE 5 AÑOS	FREC.	%*
DETECCION DE NIÑOS DE 0-5 AÑOS	21	6
VACUNACION	82	27
ORIENTACION HIGIENICO ALIMENTARIA	9	3
VIGILANCIA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	43	14
ENFERMEDADES MAS FRECUENTES	18	6
CANALIZA AL CENTRO DE SALUD	0	0
NO SABE	188	63

* El porcentaje es mayor del 100% porque algunas mujeres dieron más de una respuesta

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI DE LA PIEDAD MICHOACAN.

CUADRO 6
ACTIVIDADES QUE CONOCE LA POBLACION DEL PROGRAMA DE
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

MICH.1993

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	FREC.	%*
DETECCION DE MUJERES EMBARAZADAS	3	1
CONTROL PRENATAL	21	7
ORIENTACION HIGIENICO DIETETICA EMBARAZO	4	1
DETECTA EMBARAZADAS CON ALTO RIESGO Y CANALIZA C.S.	0	0
CANALIZA AL C.S. EN TRABAJO DE PARTO	0	0
ATENCION DE PARTO NORNAL	3	1
ATENCION DE PUERPERIO NORMAL	2	1
DETECTA Y CANALIZA A PUERPERAS CON RIESGO	0	0
ORIENTACION HIGIENICO DIETETICA PUERPERIO	0	0
NO SABE	274	91

* El porcentaje es mayor del 100% porque algunas mujeres dieron más de una respuesta

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI DE LA PIEDAD MICHOACAN.

CUADRO 7
SERVICIOS SOLICITADOS A LAS AUXILIARES DE SALUD POR PARTE DE LA POBLACION

MICH.1993		
SERVICIO SOLICITADO	FREC.	%*
ACTIVIDADES VARIAS	153	60
PLANIFICACION FAMILIAR	108	36
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	49	17
ATENCION AL MENOR DE 5 AÑOS	74	25
NO	54	19

* El porcentaje es mayor del 100% porque algunas mujeres dieron más de una respuesta

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI DE LA PIEDAD MICHOACAN.

CUADRO 8
CALIDAD DEL SERVICIO OTORGADO A LA POBLACION

MICH. 1993		
TIPO DE SERVICIO	FREC.	%
BUENO	189	63
REGULAR	52	17
MALO	3	1
NO SABE	56	19
TOTAL	300	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI DE LA PIEDAD MICHOACAN.

CUADRO 9
MOTIVOS DE LA POBLACION ACERCA DE LA CALIDAD DE SERVICIOS QUE
BRINDA LA AUXILIAR

MICH.1993

MOTIVOS	FREC.	%*
SIRVE SU MEDICAMENTO	104	35
TIENE CONOCIMIENTOS	82	27
TIENE MUCHA EXPERIENCIA	35	12
BUENA DISPONIBILIDAD	33	11
A VECES NO SIRVE EL MEDICAMENTO	7	2
EN OCASIONES NO HAY MEDICAMENTO	23	8
LE FALTA CAPACITACION	23	8
NO ESTA CAPACITADA	3	1
NO SIRVE EL MEDICAMENTO	2	1
NO TIENE EXPERIENCIA	2	1
NO TIENE TIEMPO DISPONIBLE	6	2
NUNCA LA HE CONSULTADO	56	19

* El porcentaje es mayor del 100% porque algunas mujeres dieron más de una respuesta

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI DE LA PIEDAD MICHOACAN.

CUADRO 10
IMPORTANCIA QUE DE LA POBLACION A LA AUXILIAR DE SALUD

MICH.1993

IMPORTANCIA DE LA AUXILIAR DE SALUD	FREC.	%*
SIRVE SU MEDICAMENTO Y EN CASO DE URGENCIA	202	67
POR CERCANO	110	37
GRATUITO	91	30
NO	15	5

* El porcentaje es mayor del 100% porque algunas mujeres dieron más de una respuesta

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI DE LA PIEDAD MICHOACAN.

CUADRO 11
OPINION ACERCA DE LA EDAD Y EL ESTADO CIVIL DE LA AUXILIAR DE SALUD.

	MICH.1993	
IMPORTANCIA DE LA EDAD Y EDO. CIVIL	FREC.	%
LA EDAD POR FALTA DE EXPERIENCIA	8	3
CASADA ENTIENDE MEJOR LOS PROBLEMAS DE PAREJA	10	3
CASADA DEBE ATENDER A SU FAM.	4	1
NO	278	93
TOTAL	300	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI DE LA PIEDAD MICHIOACAN.

CUADRO 12
MOTIVOS POR PARTE DE LA POBLACION PARA NO ACUDIR CON LA AUXILIAR DE SALUD.

	MICH. 1993	
IMPEDIMENTOS	FREC.	%
MAYOR CONFIANZA CON EL MEDICO	17	6
OTRO PARTIDO POLITICO	4	1
CUESTIONES PERSONALES	28	9
DESCONFIANZA A SU DISCRECION	7	2
NO	244	82
TOTAL	300	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI DE LA PIEDAD MICHIOACAN.

CUADRO 13
OPINION DE LA POBLACION ACERCA DE LA PERTENENCIA A ALGUN
PARTIDO POLITICO

MICH. 1993

OPINION	FREC.	%
BENEFICIARIA A LA COMUNIDAD	82	28
NO SERIA IGUALITARIA LA ATN.	88	29
NO DEBE INTERFERIR EN ACTIV.	91	30
NO OPINAN	39	13
TOTAL	300	100

* El porcentaje es mayor del 100% porque algunas mujeres dieron más de una respuesta

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI DE LA PIEDAD MICHOACAN.

CUADRO 14
CONTROL PRENATAL

MICH. 1993

NUMERO DE CONSULTAS	FREC.	%
1	24	8
2	26	9
3	32	11
4	33	11
5	49	16
6	25	8
7	10	3
8	9	3
9	17	6
0	75	25
TOTAL	300	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI DE LA PIEDAD MICHOACAN.

CUADRO 15**AGENTE DE SALUD QUE PROPORCIONA ATENCION DURANTE EL EMBARAZO**

MICH. 1993

ATENCION DURANTE EL EMBARAZO	FREC.	%*
MEDICO	235	75
AUXILIAR DE SALUD	39	13
PARTERA	24	8
NO	48	25

* El porcentaje es mayor del 100% porque algunas mujeres dieron más de una respuesta

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI DE LA PEDAD MICHOACAN.

CUADRO 16
HABITOS HIGIENICOS DURANTE EL EMBARAZO

MICH. 1993

ALIMENTACION						VESTIDO				BAÑO				EJERCICIO				CUIDADO * DENTAL			
A	%	D	%	I	%	N	%	H	%	1-3	%	8-15	%	SI	%	NO	%	D	%	OCA	%
106	35	13	4	181	61	43	14	257	86	293	98	7	2	42	14	258	86	214	71	86	29

* El porcentaje es mayor del 100% porque algunas mujeres dieron más de una respuesta

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI DE LA PIEDAD MICHOACAN.

CUADRO 17
INGESTA DE MEDICAMENTOS DURANTE EL EMBARAZO

MICH. 1993

MEDICAMENTO DURANTE EL EMBARAZO	FREC.	%
VITAMINAS	157	52
MEDICAMENTOS QUE AFECTAN	5	2
MEDICAMENTOS QUE NO AFECTAN	4	1
NO	134	45
TOTAL	300	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI DE LA PIEDAD MICHOACAN.

CUADRO 18
AGENTE DE SALUD QUE PROPORCIONA ATENCION DURANTE EL PARTO

MICH. 1993

ATENCION DURANTE EL PARTO	FREC.	%*
MEDICO-CLINICA	254	85
PARTERA	90	30
MEDICO-CASA	7	2
SOLA EN CASA	26	9

* El porcentaje es mayor del 100% porque algunas mujeres dieron más de una respuesta

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI DE LA PIEDAD MICHOACAN.

CUADRO 19
AGENTE DE SALUD QUE PROPORCIONA ATENCION DURANTE EL
PUERPERIO.

MICH. 1993

ATENCION DURANTE EL PUERPERIO	FREC.	%*
MEDICO	50	17
PARTERA	9	3
AUXILIAR DE SALUD	26	9
NINGUNO	218	79

* El porcentaje es mayor del 100% porque algunas mujeres dieron más de una respuesta

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI DE LA PIEDAD MICHOACAN.

CUADRO 20
HIGIENE DURANTE EL PUERPERIO

MICH. 1993

ALIMENTACION				EJERCICIO				BAÑO				CUIDADO DENTAL			
E	%	N	%	SI	%	NO	%	1-3	%	8-15	%	SI	%	NO	%
264	88	36	12	11	4	284	96	131	44	169	56	215	72	85	28

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI DE LA PIEDAD MICHOACAN.

CUADRO 21

AGENTE DE SALUD QUE PROPORCIONA ATENCION AL RECIEN NACIDO

MICH. 1993

ATENCION AL RECIEN NACIDO	FREC.	%
MEDICO	196	60
AUXILIAR DE SALUD	50	40

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI DE LA PIEDAD MICHOACAN.

CUADRO 22

CUIDADOS DEL CORDON UMBILICAL POR PARTE DE LAS MADRES

MICH. 1993

CUIDADO DEL CORDON UMBILICAL	FREC.	%*
LAVA C/AGUA, JABON Y LO SECA	141	47
NO LO MOJA	71	26
LE PONE ACEITE, TALCO O MERTHIOLATE	254	84
PONE TEPETATE MOLIDO O TELARAÑA	10	3
LO FAJA	161	54

* El porcentaje es mayor del 100% porque algunas mujeres dieron más de una respuesta

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI DE LA PIEDAD MICHOACAN.

CUADRO 23
HIGIENE DEL RECIEN NACIDO

MICH. 1993

ALIMENTACION						VESTIDO				BAÑO			
L.M	%	BI	%	LM/BI	%	N	%	E	%	1-3	%	8-15	%
194	65	28	9	78	26	207	72	85	28	280	96	12	4

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI DE LA PIEDAD MICHOACAN.

CUADRO 24
AGENTE QUE PROPORCIONA ATENCION MEDICA AL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

MICH. 1993

ATENCION AL MENOR DE 5 AÑOS	FREC.	%*
MEDICO	161	6
AUXILIAR DE SALUD	60	16
NINGUNO	89	79

* El porcentaje es mayor del 100% porque algunas mujeres dieron más de una respuesta

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI DE LA PIEDAD MICHOACAN.

CUADRO 25
HIGIENE DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

MICH. 1993

BAÑO				CUIDADO DENTAL				EJERCICIO *			
1-3	%	8-15	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
273	91	13	4	148	49	138	46	69	28	217	72

* El porcentaje es mayor del 100% porque algunas mujeres dieron más de una respuesta

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A LA POBLACION DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI DE LA PIEDAD MICHOACAN.

CUADRO 26
GRUPOS DE EDAD DE LAS AUXILIARES DE SALUD

MICH. 1993

EDAD DE LA A.S.	FREC.	%
14-19	6	20
20-45	21	70
46-55	3	10
TOTAL	30	100

FUENTE:: ENCUESTA APLICADA A LAS AUXILIARES DE SALUD DE LOS MODULOS I, IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI LA PIEDAD-MICHOACAN.

CUADRO 27
ESCOLARIDAD DE LAS AUXILIARES DE SALUD

MICH. 1993

ESCOLARIDAD	FREC.	%
PRIMARIA INCOMPLETA	7	23
PRIMARIA COMPLETA	14	47
SECUNDARIA INCOMPLETA	3	10
SECUNDARIA COMPLETA	5	17
BACHILLERATO INCOMPLETO	1	3
TOTAL	30	100

FUENTE:: ENCUESTA APLICADA A LAS AUXILIARES DE SALUD DE LOS MODULOS I,IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI LA PIEDAD-MICHOACAN.

CUADRO 28
TIEMPO DE PERMANENCIA DENTRO DEL PROGRAMA DE ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA POR PARTE DE LAS AUXILIARES DE SALUD.

MICH. 1993

TIEMPO EN EL PROGRAMA E.E.C.	FREC.	%
MENOS DE 6 MESES	8	27
7 MESES - 1 AÑO	4	13
2 - 5 AÑOS	15	50
6 - 8 AÑOS	3	10
TOTAL	30	100

FUENTE:: ENCUESTA APLICADA A LAS AUXILIARES DE SALUD DE LOS MODULOS I,IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI LA PIEDAD-MICHOACAN.

CUADRO 29
CURSOS RECIBIDOS POR LAS AUXILIARES DE SALUD

	MICH. 1993	
CURSOS RECIBIDOS	FREC.	%
PLANIFICACION FAMILIAR	15	50
PARTERAS TRADICIONALES	1	3
NINGUNO	14	47
TOTAL	30	100

FUENTE:: ENCUESTA APLICADA A LAS AUXILIARES DE SALUD DE LOS MODULOS I,IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI LA PIEDAD-MICHOACAN.

CUADRO 30
CRITERIO DE LAS AUXILIARES DE SALUD SOBRE LA ACEPTACION DEL PROGRAMA DE ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA

	MICH. 1993	
PORQUE LE GUSTA EL PROGRAMA	FREC.	%*
PORQUE RECIBE DINERO	7	23
PORQUE AYUDA A LA POBLACION	27	90
APRENDE MAS	17	57
AYUDA ASU FAM. Y ASI MISMA	8	27

* El porcentaje es mayor del 100% porque algunas mujeres dieron más de una respuesta

FUENTE:: ENCUESTA APLICADA A LAS AUXILIARES DE SALUD DE LOS MODULOS I,IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI LA PIEDAD-MICHOACAN.

CUADRO 31
OBSTACULOS DE LAS AUXILIARES DE SALUD PARA LA REALIZACION DE
SUS ACTIVIDADES

MICH. 1993

OBSTACULOS	FREC.	%
FALTA DE CAPACITACION	7	23
NEGLIGENCIA DE LA POB.	5	17
FALTA DE TIEMPO	4	13
FALTA DE MEDICAMENTO Y MAT.	3	10
NINGUNO	11	37
TOTAL	30	100

FUENTE:: ENCUESTA APLICADA A LAS AUXILIARES DE SALUD DE LOS MODULOS I,IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI LA PIEDAD-MICHOACAN.

CUADRO 32
MEDIO DE ELECCION DE LAS AUXILIARES DE SALUD

MICH. 1993

ELECCION	FREC	%
REUNION COMUNITARIA	6	20
ENCARGADO DEL ORDEN	9	30
POR LA ENFERMERA	8	27
POR GUSTO Y TRANSFERENCIA DE UN FAMILIAR	7	23
TOTAL	30	100

FUENTE:: ENCUESTA APLICADA A LAS AUXILIARES DE SALUD DE LOS MODULOS I,IV Y V DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI LA PIEDAD-MICHOACAN.

CUADRO 33

MORBILIDAD INFANTIL DE 1988-1992, MODULO DE ANGAMACUTIRO

MICH. 1993

CAUSA	1988	1989	1990	1991	1992
I.R.A.S	265	178	112	240	357
E.D.A.S.	117	49	90	57	102
AMIBIASIS	41	127	31	30	53
AMIGDALITIS	27	105	202	17	0
OXIURIASIS	20	24	4	15	38

FUENTE: SEIB, CENTRO DE SALUD ANGAMACUTIRO DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI
LAPIEDAD-MICHOACAN

CUADRO 34

MORBILIDAD INFANTIL DE 1988-1992, MODULO PENJAMILLO

MICH.1993

CAUSA	1988	1989	1990	1991	1992
I.R.A.S	337	288	308	851	1063
AMIBIASIS	91	49	56	171	182
E.D.A.S.	94	43	108	410	350
ASCARIASIS	20	21	18	24	37
OXIURIASIS	10	12	10	29	33

FUENTE: SEIB, CENTROS DE SALUD PENJAMILLO, NUMARAN Y CHURINTZIO DE LA JURISDICCION
SANITARIA NO. VI LA PIEDAD-MICHOACAN.

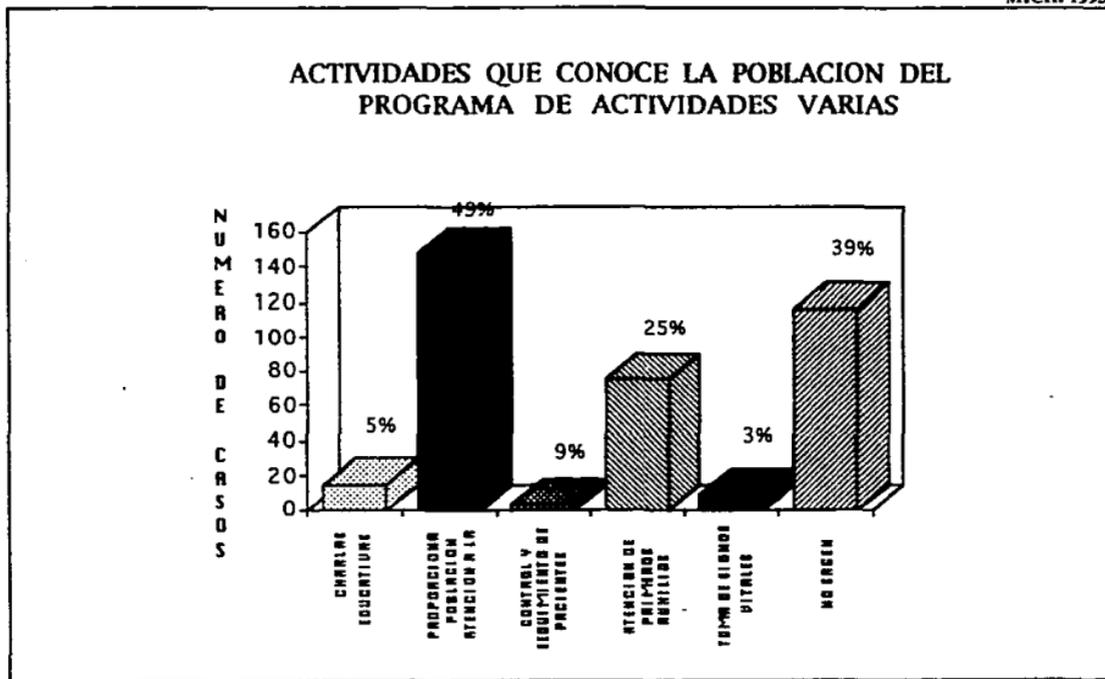
CUADRO 35
MORBILIDAD INFANTIL 1988-1992, MODULO PASTOR ORTIZ

CAUSA	MICH.1993				
	1988	1989	1990	1991	1992
I.R.A.S.	50	86	121	118	153
E.D.A.S.	23	52	4	7	0
AMIBIASIS	17	5	62	12	17
ASCARIASIS	20	12	16	0	6
NEUMONIAS	2	0	0	0	0

FUENTE: SEIB, CENTRO DE SALUD PASTOR ORTIZ DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. VI
 LA PIEDAD-MICHOACAN

GRAFICA 1

MICH. 1993

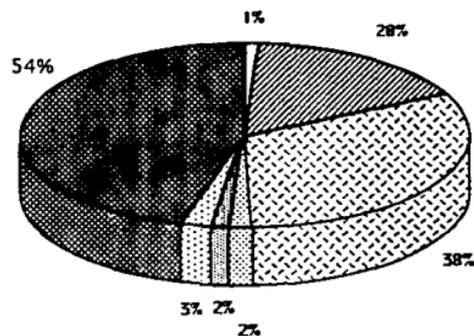


FUENTE: CUADRO 3

GRAFICA 2

MICEL. 1993

ACTIVIDADES QUE CONOCE LA POBLACION DEL
PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

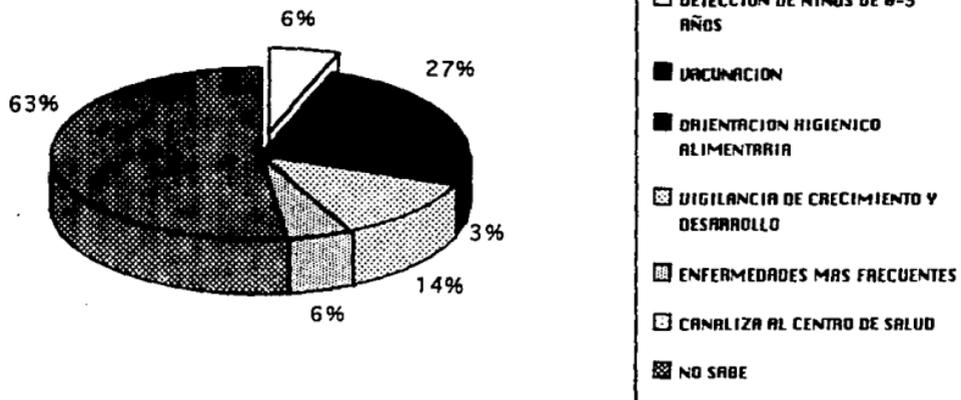


- DETECCION DE MUJERES CON RIESGO DE EMBARAZO
- PROMOCION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
- CONTROL DE USUARIAS DE P.F.
- EXPLORACION DE MAMAS
- REFIERE AL CENTRO DE SALUD
- VISITAS DOMICILIARIAS
- NO SABE

GRAFICA 3

MICH. 1993

ACTIVIDADES QUE CONOCE LA POBLACION
DEL PROGRAMA DE ATENCION AL MENOR DE 5 AÑOS

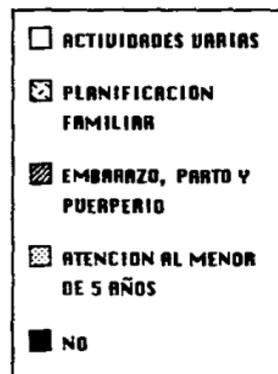
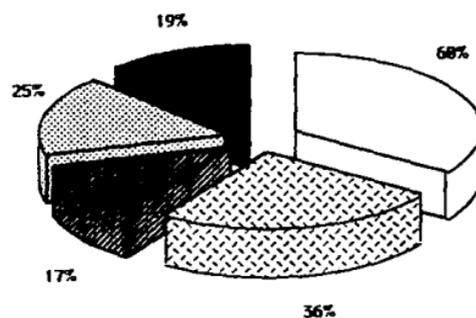


FUENTE: CUADRO 5

GRAFICA 4

MICH. 1993

SERVICIOS SOLICITADOS A LA AUXILIAR
POR PARTE DE LA POBLACION

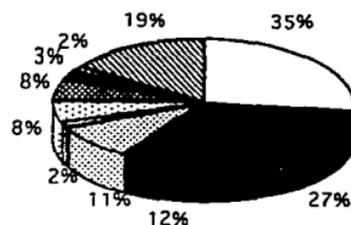


FUENTE: CUADRO 7

GRAFICA 5

MICH. 1993

OPINION DE LA POBLACION ACERCA DE LA CALIDAD Y SERVICIO QUE BRINDA LA AUXILIAR



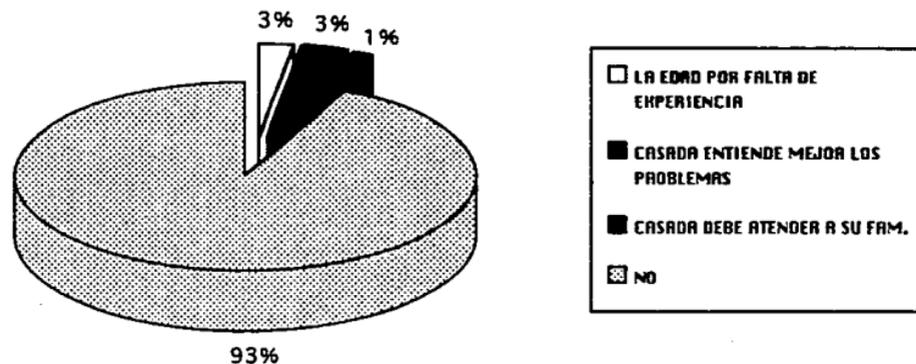
□ SIRVE SU MEDICAMENTO	■ TIENE CONOCIMIENTOS	■ TIENE MUCHA EXPERIENCIA	▨ BUENA DISPONIBILIDAD
▨ A DECES NO SIRVE EL MEDICAMENTO	▨ EN OCASIONES NO HAY MEDICAMENTO	▨ LE FALTA CAPACITACION	■ NO ESTÁ CAPACITADA
▨ NO SIRVE EL MEDICAMENTO	▨ NO TIENE EXPERIENCIA	▨ NO TIENE TIEMPO DISPONIBLE	▨ NUNCA LA HE CONSULTADO

FUENTE: CUADRO 9

GRAFICA 6

MICH. 1993

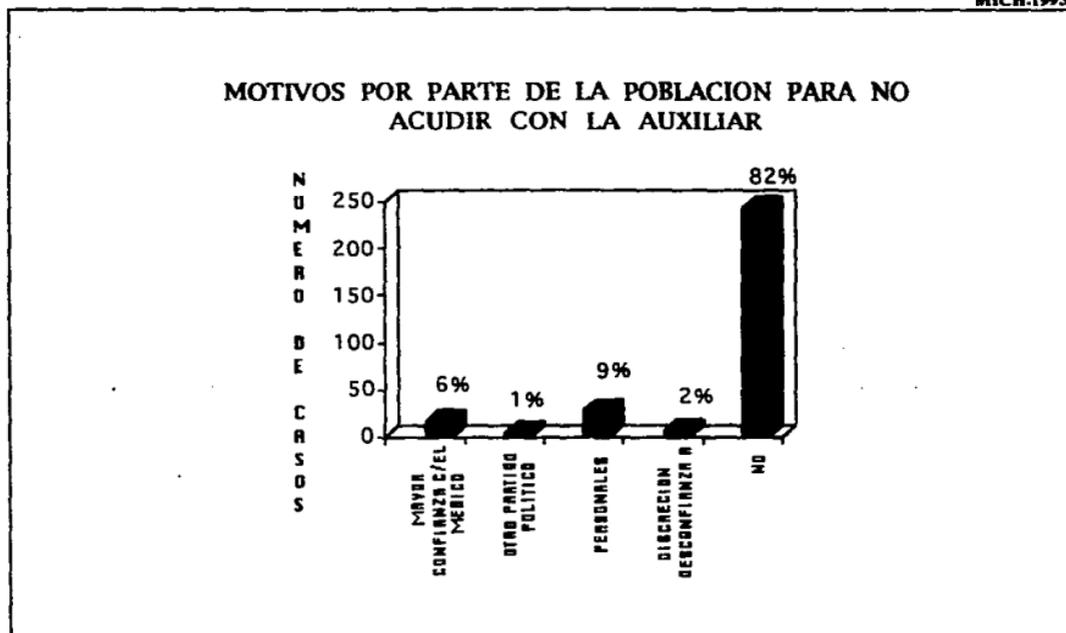
OPINION ACERCA DE LA EDAD Y ESTADO CIVIL DE LA AUXILIAR



FUENTE: CUADRO 11

GRAFICA 7

MICH.1993

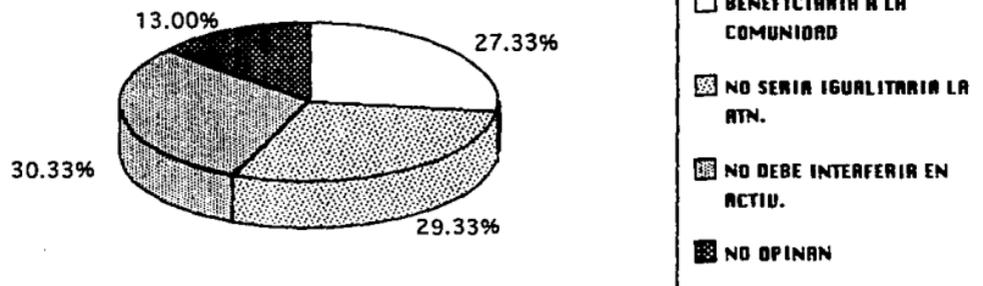


FUENTE: CUADRO 12

GRAFICA 8

MICH. 1993

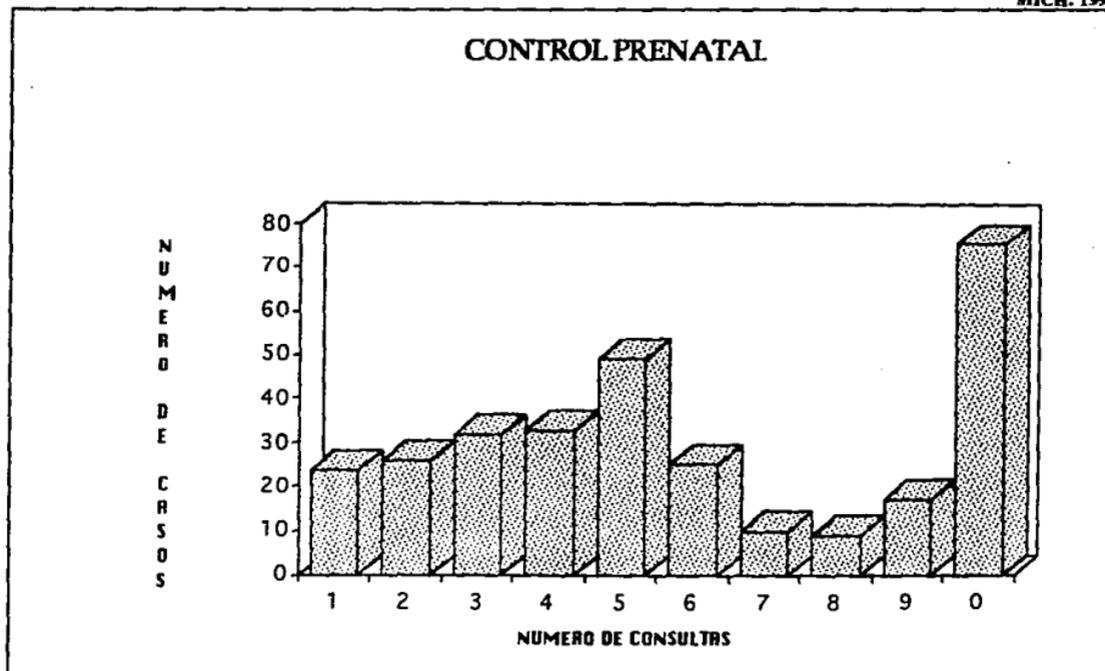
OPINION DE LA POBLACION ACERCA DE LA PERTENENCIA A UN PARTIDO POLITICO



FUENTE: CUADRO 13

GRAFICA 9

MICH. 1993

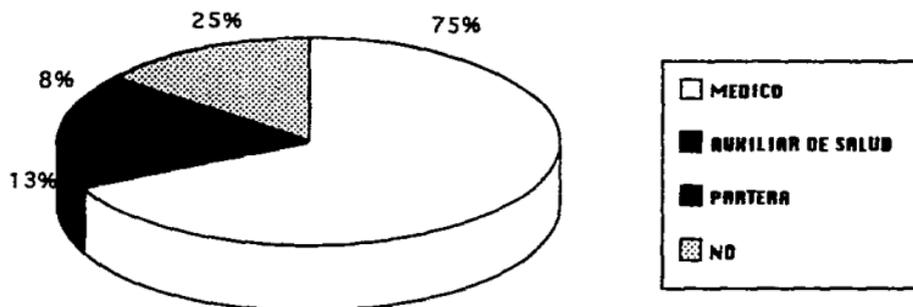


FUENTE: CUADRO 14

GRAFICA 10

MICH. 1993

**AGENTE DE SALUD QUE PROPORCIONA ATENCION
DURANTE EL EMBARAZO**

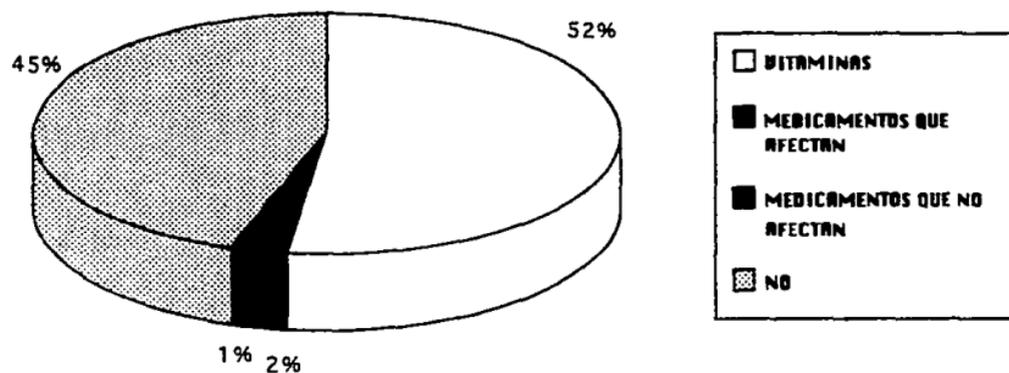


FUENTE: CUADRO 15

GRAFICA 11

MICH. 1993

INGESTA DE MEDICAMENTOS DURANTE EL EMBARAZO

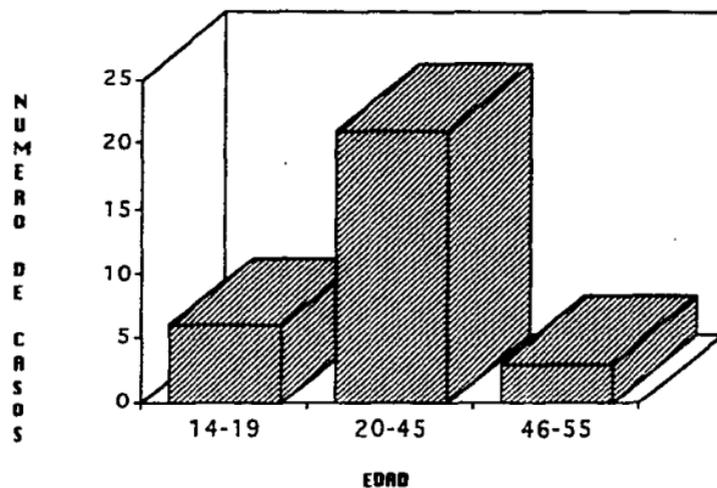


FUENTE: CUADRO 17

GRAFICA 12

MICH. 1993

GRUPOS DE EDAD DE LAS AUXILIARES DE SALUD

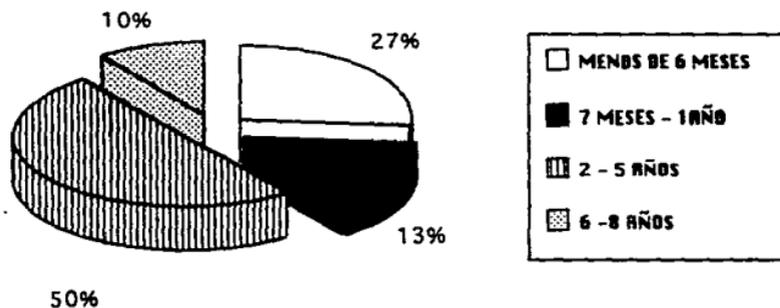


FUENTE: CUADRO 26

GRAFICA 13

MICH. 1993

TIEMPO DE PERMANENCIA DENTRO DEL PROGRAMA E.E.C. POR PARTE DE LAS AUXILIARES

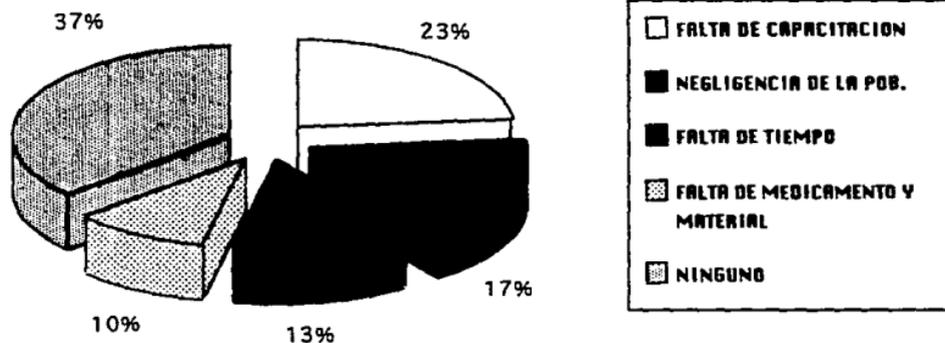


FUENTE: CUADRO 28

GRAFICA 14

MICH. 1993

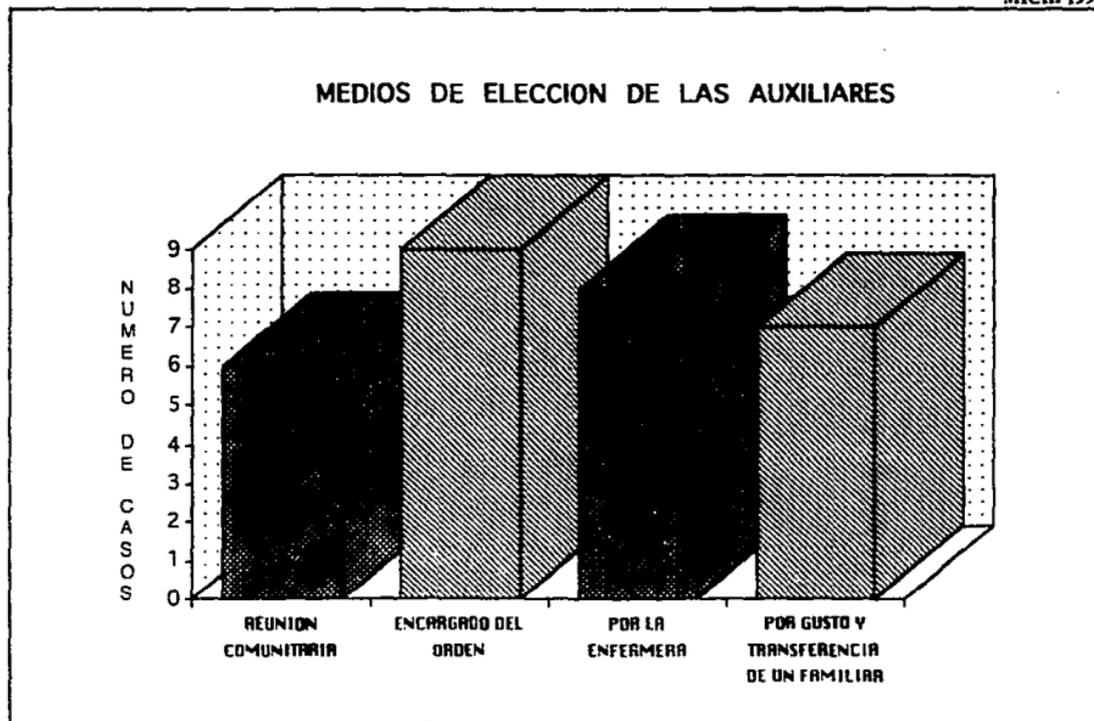
OBSTACULOS DE LAS AUXILIARES PARA LA REALIZACION DE SUS ACTIVIDADES



FUENTE: CUADRO 31

GRAFICA 15

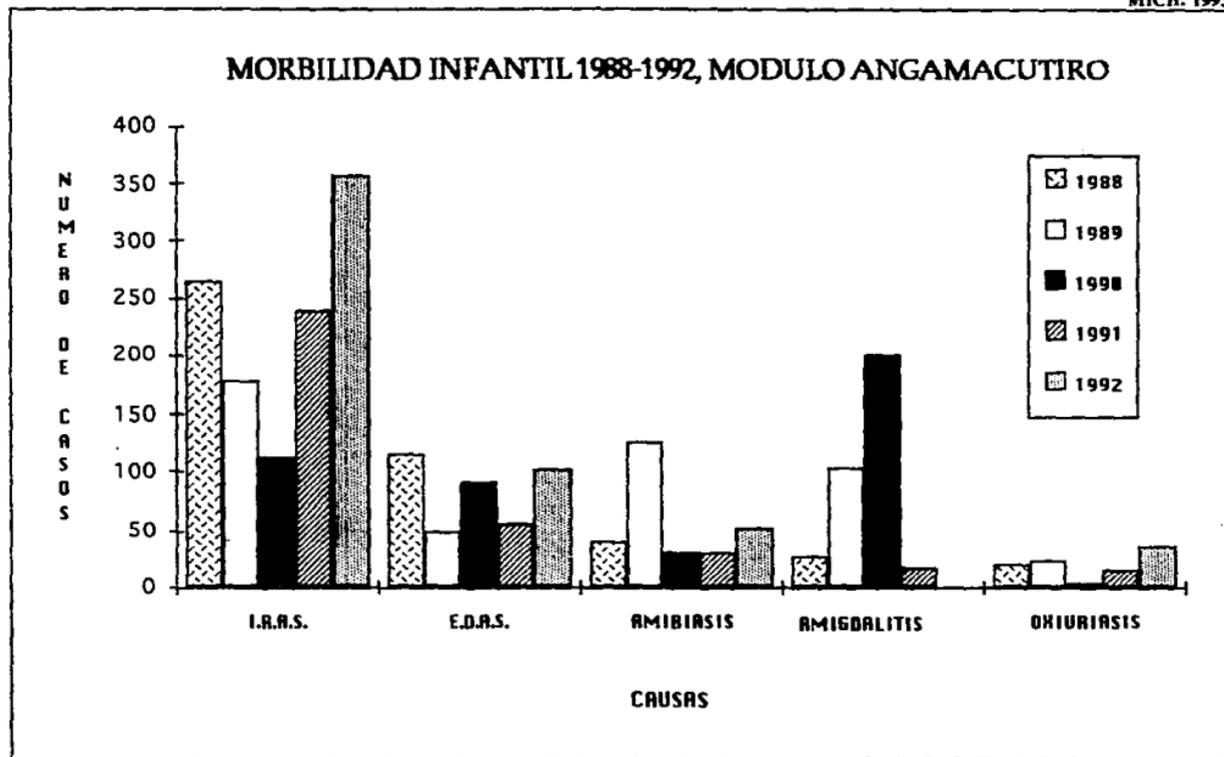
MICH. 1993



FUENTE: CUADRO 32

GRAFICA 16

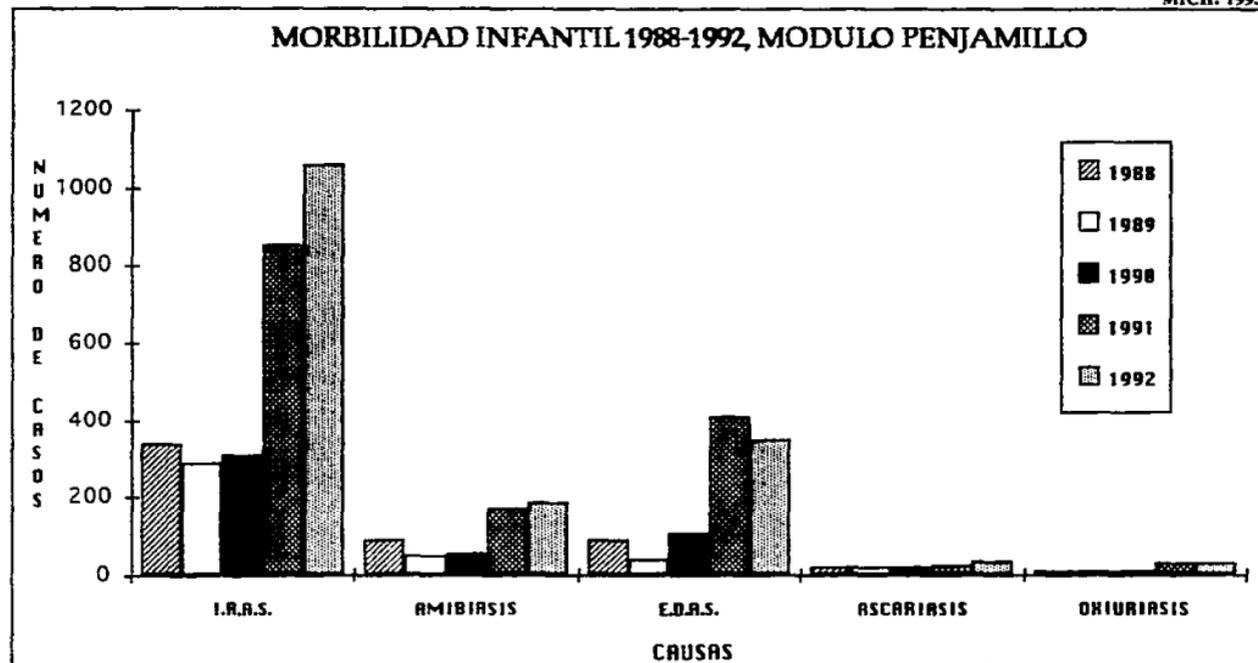
MICH. 1993



FUENTE: CUADRO 33

GRAFICA 17

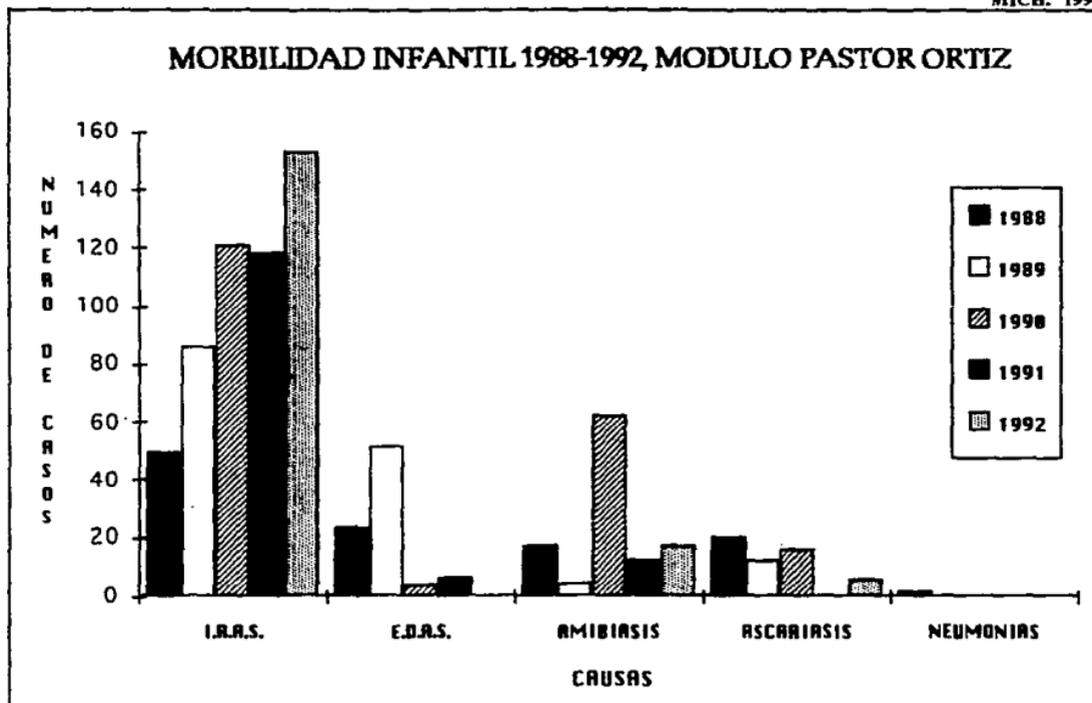
MICH. 1993



FUENTE: CUADRO 34

GRAFICA 18

MICH. 1993



FUENTE: CUADRO 35