



4  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES,  
ECONOMICO, RELIGIOSO Y EL NIVEL DE INFORMACION  
SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS PARA LA  
ACEPTACION DE LA PLANIFICACION FAMILIAR.

**T E S I S**

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

P R E S E N T A N :

AYALA TORRES DIANA  
CORONADO DE LA LUZ, ROCIO  
IBARRA NADER KATYA

Con la Asesoría de: Lic. Ezequiel Canela Núñez



MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

U. N. A. M.  
ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
COORDINACION DE SERVICIO  
SOCIAL Y Opciones TERMINALES  
DE TITULACION

LIC. EZEQUIEL CANELA NUÑEZ



Vo. Bo. ASESOR DE TESIS

## AGRADECIMIENTOS

A LOS PROFESORES  
QUE CONTRIBUYERON CON SUS CONOCIMIENTOS  
CONSEJOS Y AYUDA A LA CULMINACION DE NUESTRA CARRERA.

CON ESPECIAL ADMIRACION Y RESPETO  
A LA LIC. HERMELINDA VILLASENOR SANCHEZ (q.e.p.d.)

AL LIC. EZEQUIEL CANELA NUÑEZ  
POR HABER NOS BRINDADO SU ASESORIA Y  
APOYO, PARA LA ELABORACION Y CULMINACION  
DEL PRESENTE TRABAJO.

A LAS AUXILIARES DE SALUD Y A LAS SUPERVISORAS:  
SILVIA E ISABEL Y DEMAS PERSONAS  
QUE CON SU COLABORACION CONTRIBUYERON  
A LA REALIZACION Y TERMINACION DE NUESTRA TESIS.

" POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU "

A MIS PADRES

POR EL GRAN CARINO, APOYO Y COMPRENSION  
QUE ME HAN BRINDADO Y POR LA CONFIANZA  
QUE SIEMPRE HAN TENIDO EN MI Y QUE  
ESPERO NO DEFRAUDAR EN LO FUTURO...

LOS QUIERO MUCHO

A GRACIELA, ANA Y ELADIO

CON TODO MI CARINO, ESPERANDO QUE SIGAN  
AVANTE HASTA LLEGAR MAS LEJOS QUE YO Y  
PUEDAN CUMPLIR TODOS SUS DESEOS...

LOS QUIERO MUCHO

A MI TIA PATRICIA

POR SU CONSIDERABLE INTERES Y  
SU APRECIABLE APOYO PARA LA  
TERMINACION DE MI CARRERA...

TE QUIERO MUCHO

A MIS AMIGAS Y AMIGOS

PORQUE A PESAR DEL TIEMPO Y LA DISTANCIA  
NUESTRA AMISTAD AUN PERDURA Y POR LA GRAN  
MOTIVACION QUE HE ENCONTRADO EN ELLOS  
PARA CONTINUAR ADELANTE...

GRACIAS

A MIS PROFESORAS Y PROFESORES

POR SU ENORME CONTRIBUCION  
A MI FORMACION ACADEMICA...

GRACIAS

DIANA

**A MI MADRE**

**CON TODO MI AMOR Y MI GRATITUD,  
POR TODO LO QUE ME HA DADO,  
POR SU PACIENCIA Y ESTIMULO  
PARA CONCLUIR MI CARRERA.**

**A MIS HERMANOS**

**SANDY, LALO, MARY, ELENA,  
ADY, ALEX, OLGA Y CHELA**

**CON CARINO, POR SU APOYO  
INCONDICIONAL Y PORQUE  
UNIDOS COMPARTIMOS ESTA META.**

**A MIS AMIGOS**

**POR ESA GRAN AMISTAD QUE NOS UNE,  
POR SU COMPRESION AL COMPARTIR  
CONMIGO TANTOS MOMENTOS.**

**A TODAS LAS PERSONAS QUE DE ALGUNA MANERA  
CONTRIBUYERON A QUE SE REALIZARA  
UNO DE MIS MAS GRANDES SUEÑOS.**

**GRACIAS**

**ROCIO**

**ESPECIALMENTE A MIS PADRES**

**CON GRATITUD Y RESPETO**

**POR SER EL PRINCIPIO DE MI VIDA  
DESDE EL MOMENTO EN QUE PENSARON EN MI, Y  
DURANTE MI FORMACION COMO SER HUMANO  
HASTA AHORA HAN SIDO EN LOS MOMENTOS PRECISOS  
MIS PADRES, DANDOME SU AMOR DIVINO;  
MIS MAESTROS, GUIANDOME CON SABIDURIA; Y  
POR SIEMPRE MIS AMIGOS, RESPETANDO MI LIBERTAD DE SER.**

**LOS AMO**

**A MIS HERMANOS**

**CON AMOR, POR ESOS MOMENTOS DE ALEGRIA,  
RISAS, DIVERSION, APOYO, COMPRENSION,  
COMPANIA, LLANTO, TRISTEZAS, EMOJOS Y GRITOS  
QUE LLEVO EN MI CORAZON Y POR DEMOSTRARME  
SIEMPRE QUE PUEDO CONTAR CON USTEDES  
COMO MI MEJOR EQUIPO.**

**LOS QUIERO CHAVOS**

**A MIS AMIGOS**

**POR ESA SINCERA AMISTAD Y APOYO  
QUE FORMAN UNO DE LOS PILARES  
QUE SOSTIENEN MI VIDA.**

**GRACIAS**

**A TODAS ESAS PERSONAS QUE SIGNIFICAN  
EN MI VIDA CARINO, APOYO, COMPRENSION Y RESPETO.**

**SUERTE**

**KATYA**

## INDICE

CONTENIDO	PAG.
INTRODUCCION	0
JUSTIFICACION	10
OBJETIVOS	111
METODOLOGIA	10
<b>1. MARCO TEORICO</b>	
-----	
1.1 PLANIFICACION FAMILIAR	
1.1.1 Generalidades	1
1.1.2 Concepto	2
1.2 PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR	2
1.2.1 Objetivos	2
1.2.2 Bases legales del Programa de Planificación Familiar	3
1.3 PLANIFICACION FAMILIAR Y SALUD REPRODUCTIVA	3
1.3.1 Implicaciones de la salud reproductiva	4
1.3.1.1 Implicaciones sociales	4
1.3.1.2 Implicaciones psicológicas	5
1.3.1.3 Implicaciones biológicas o médicas	6
1.3.1.4 Acciones de la planificación familiar que contribuyen a la salud reproductiva	7
1.4 METODOS ANTICONCEPTIVOS	8
1.4.1 Métodos hormonales orales	8
1.4.2 Métodos hormonales inyectables	13
1.4.3 Método hormonal subdérmico	19



1.4.4	Dispositivo intrauterino	21
1.4.5	Oclusión tubaria bilateral	25
1.4.6	Vasectomía	27
1.4.7	Métodos de barrera	29
1.4.7.1	Preservativo	29
1.4.8	Espermicidas	31
1.4.9	Métodos naturales o de abstinencia periódica	32
1.4.9.1	Método del calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus	34
1.4.9.2	Método de la temperatura	34
1.4.9.3	Método del moco cervical o de Billings	35
1.4.9.4	Método sintotérmico	36
1.4.9.5	Coito interrumpido	37
1.5	ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA	38
1.5.1	Subsistema de Planificación Familiar	40
1.6	RELIGION	40
1.6.1	Religiosidad condicionada por la realidad	42
1.6.1.1	Planeación familiar y religiosidad	42
1.6.1.2	El sentido de la religión	43
1.6.1.3	La finalidad del matrimonio	46
1.6.1.4	El tamaño de la familia	46
1.6.1.5	Número ideal de hijos	47
1.7	CULTURA	49
1.7.1	La sociedad mexicana	50
1.7.2	Nivel de educación	52
1.7.3	Actitudes hacia el deseo de tener hijos	54
1.7.4	Actitudes y motivos hacia el tamaño de la familia	56
1.8	FACTORES SOCIOECONOMICOS	58

1.8.1	Mupcialidad	59
1.8.2	Ocupación	60
1.9	POLITICAS SOBRE POBLACION EN MEXICO	61
1.10	INDICADORES DE SALUD DE LOS MODULOS DE CHARO, TAMBINDARO Y URUETARO	
1.10.1	Distribución de la población total por grupos de edad y sexo	64
1.10.2	Ocupación e ingreso económico	65
1.10.3	Hechos vitales	65
1.10.4	Saneamiento ambiental	
1.10.4.1	Abastecimiento de agua	66
1.10.4.2	Disposición de excretas	67
1.10.4.3	Eliminación de basura	68
1.10.4.4	Control de fauna transmisora	69
1.10.5	Vivienda y urbanización	70
1.10.6	Organización social	
1.10.6.1	Instituciones educacionales	71
1.10.6.2	Instituciones médicas	71
1.11	PROMOCION PARA LA PLANIFICACION FAMILIAR	73
1.11.1	Proceso de comunicación	75
1.11.2	Promoción de la orientación sexual y planificación familiar en la adolescencia	77
2.	<u>RESULTADOS</u>	79
2.1	CUADROS Y GRAFICAS	103
3.	<u>CONCLUSIONES</u>	146
4.	<u>ALTERNATIVAS DE SOLUCION</u>	151

<b>GLOSARIO</b>	<b>153</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>158</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>161</b>

## INDICE DE CUADROS Y GRAFICAS

### No. CUADRO

1. Edad de las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994 103
2. Estado civil de las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994 104
3. Religión de las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994 105
4. Ocupación de las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994 106
5. Escolaridad de las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994 107
6. Ingreso económico mensual de las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994

penden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994	108
7. Personas que aportan el ingreso económico en el hogar de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994	109
8. Material de construcción de las casas de las mujeres - usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994	110
9. Número de habitaciones de las viviendas de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994	111
10. Número de personas que habitan en las viviendas de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994	112
11. Edad en el momento del casamiento de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994	113

12. Número de hijos que tienen las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994 114
13. Número de hijos deseados por las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994 116
14. Significado de los hijos según las madres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994 118
15. Sexo de preferencia para los hijos de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994 119
16. Cónyuge que decide el número de hijos de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994 120
17. Opinión de las usuarias y no usuarias de métodos anti-

- conceptivos sobre la utilidad de la planificación familiar, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994 122
18. Opinión sobre la planificación familiar de la pareja - de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994 124
19. Opinión sobre la planificación familiar de los familiares ascendentes de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994 126
- 20A. Número de hermanos de las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos y sus parejas, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994 127
- 20B. Número de hermanos de las mujeres no usuarias de métodos anticonceptivos y sus parejas, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994 128
21. Opinión que dieron las usuarias y no usuarias sobre la influencia de la religión en el uso de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Ta

<b>riábaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994</b>	<b>129</b>
<b>22. Conocimiento de los métodos anticonceptivos por parte de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarimbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994</b>	<b>131</b>
<b>23. Métodos y forma de uso citados por las usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarimbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994</b>	<b>132</b>
<b>24. Métodos y forma de uso citados por las no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarimbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994</b>	<b>134</b>
<b>25. Razones por las cuales las mujeres no usuarias no usan los métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarimbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994</b>	<b>136</b>
<b>26. Métodos anticonceptivos empleados por las usuarias, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarimbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994</b>	<b>138</b>
<b>27. Tipo de información de planificación familiar que han visto o escuchado las usuarias y no usuarias de mé</b>	



	<b>todos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarimbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994</b>	<b>140</b>
<b>28.</b>	<b>Conocimiento de la existencia de una auxiliar de salud por parte de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarimbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994</b>	<b>141</b>
<b>29.</b>	<b>Opinión de las mujeres usuarias y no usuarias sobre quienes les informaron que la auxiliar de salud suministra métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarimbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No.1 Morelia Mich.1994</b>	<b>143</b>
<b>30.</b>	<b>Personas que les han orientado de planificación familiar a las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo Tarimbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994</b>	<b>144</b>
<b>No.</b>	<b>GRAFICA</b>	
<b>1.</b>	<b>Número de hijos que tienen las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarimbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994</b>	<b>115</b>
<b>2.</b>	<b>Número de hijos deseados por las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a</b>	

<p>los módulos de Charo, Tarimbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994</p>	<p>117</p>
<p>3. Cónyuge que decide el número de hijos de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarimbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994</p>	<p>121</p>
<p>4. Opinión de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos sobre la utilidad de la planificación familiar, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarimbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994</p>	<p>123</p>
<p>5. Opinión sobre la planificación familiar de la pareja de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarimbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994</p>	<p>125</p>
<p>6. Opinión que dieron las usuarias y no usuarias sobre la influencia de la religión en el uso de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarimbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994</p>	<p>130</p>
<p>7. Métodos y forma de uso citados por las usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarimbaro y Uruétaro, que corresponden a la Ju-</p>	

	<b>Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994</b>	<b>133</b>
<b>8.</b>	<b>Métodos y forma de uso citados por las no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarimbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994</b>	<b>135</b>
<b>9.</b>	<b>Razones por las cuales las mujeres no usuarias no usan los métodos anticonceptivos, que pertenecen a los Módulos de Charo, Tarimbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994</b>	<b>137</b>
<b>10.</b>	<b>Métodos anticonceptivos empleados por las usuarias que pertenecen a los módulos de Charo, Tarimbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994</b>	<b>139</b>
<b>11.</b>	<b>Conocimiento de la existencia de una auxiliar de salud por parte de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarimbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994</b>	<b>142</b>
<b>12.</b>	<b>Personas que les han orientado de planificación familiar a las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo Tarimbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994</b>	<b>145</b>

## INTRODUCCION

En el tiempo en que se desarrolló nuestro servicio social pudimos darnos cuenta que a pesar de la existencia del servicio de planificación familiar en las comunidades de los módulos de Charo, Tarisbaro y Uruétaro, éste no es aceptado en su totalidad por la gente, aunque les aporte ciertos beneficios a nivel familiar, económico o social; sumado a esto encontramos que su nivel de vida es precario, pues cuentan con más deficiencias materiales y en su salud.

De ahí que nos interesó investigar cuales son los factores que en mayor o menor grado influyen en la población y como afectan éstos su decisión sobre la aceptación y uso de los métodos anticonceptivos, así como distinguir que tan importante ha sido que el servicio de planificación familiar se encuentre en la localidad.

La investigación ha sido estructurada de esta forma; en la primera parte se encuentra la justificación, objetivos y metodología del tema de estudio. La segunda parte está conformada por el marco teórico en el cual se abarcan algunos puntos sobre planificación familiar y salud reproductiva, los métodos anticonceptivos vigentes, así como los factores de religión, cultura y socioeconómicos que forman parte de nuestro medio ambiente, los indicadores de salud de los tres módulos, principalmente.

Posteriormente se ubican los resultados destacando el nivel de información bajo de los anticonceptivos y la distorsión de ésta como el principal factor que influye en que la población no acepte utilizar los métodos anticonceptivos, por lo tanto proponemos entre otras alternativas de solución, que se lleve a cabo promoción directa a la población haciendo énfasis en las mujeres no usuarias.

La importancia de nuestra investigación consiste en que sea tomada como base por aquellas personas que brindan este servicio en las comunidades para que mejoren la atención cualitativa y cuantitativamente.

## JUSTIFICACION

La Estrategia de Extensión de Cobertura es un instrumento para llevar servicios básicos de salud a las zonas rurales dispersas que se encuentran apartadas de las unidades médicas. uno de los servicios que presta, es la planificación familiar. Cuyos objetivos son elevar el nivel de vida de la familia; ya que el espaciamiento o limitación de los hijos, permite a la pareja satisfacer las necesidades básicas, otro es, disminuir el riesgo reproductivo en la mujer y aumentar la esperanza de vida del recién nacido para así procurar y mejorar el bienestar social.

En la práctica realizada durante el servicio social se ha podido observar que el subsistema de planificación familiar de la Estrategia de Extensión de Cobertura es afectado por diversos factores que no permiten la aceptación de éste por parte de la población de los módulos de Charo, Tarimbaro y Uruétaro.

Esto repercute en la calidad de vida de las familias, ya que se presentan situaciones donde las familias son numerosas, viviendo en hacinamiento y generalmente no cuentan con los servicios básicos, además dependen de un bajo ingreso económico, lo cual no permite que sus hijos concluyan sus estudios, por todo lo anterior no satisfacen sus necesidades básicas. Aunado a esto se encuentran problemas de igual importancia como los embarazos en edades extremas, el desinterés por el control prenatal, una importante incidencia en el número de abortos, periodos intergenésicos sumamente cortos y recién nacidos de bajo peso.

Es por esto que se pretende identificar y analizar los factores que influyen en la población para la aceptación de la planificación familiar, que permitan plantear alternativas para tratar de modificar su conducta al respecto enfocando las acciones hacia la población más susceptible al cambio, los jóvenes.

**OBJETIVO GENERAL**

Establecer el grado de influencia que tienen los aspectos socioculturales, económicos, religiosos y el nivel de información sobre métodos anticonceptivos para la aceptación del subsistema de planificación familiar, en la población perteneciente a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar los factores socioculturales, religiosos y económicos que guían la conducta de la población para la aceptación de los métodos anticonceptivos.
- Determinar el nivel de información de la población sobre métodos anticonceptivos.
- Valorar la importancia de la existencia y promoción del subsistema de planificación familiar en las comunidades.
- Plantear alternativas de solución que permitan modificar en la población la decisión para la aceptación de los métodos anticonceptivos.

**METODOLOGIA****Variables e indicadores:**

- 1) Datos generales
- Edad
  - Estado civil
  - Religión
  - Ocupación
  - Escolaridad
- 2) Nivel de vida
- Ingreso económico mensual  
(para el gasto familiar)
  - Personas que aportan el dinero
  - Tipo de material de construcción de la vivienda
  - Número de cuartos por vivienda
  - Número de habitantes por vivienda
- 3) Tamaño de la familia
- Edad en la cual se contrajo matrimonio
  - Paridad
  - Paridad deseada
  - Significado de los hijos
  - Sexo ideal de los hijos
  - Cónyuge que decide el tamaño de la familia
  - Número de hermanos de las entrevistadas y sus cónyuges
- 4) Planificación familiar
- Opiniones personales (de las entrevistadas), de los cónyuges y de la familia ascendente sobre la utilidad de

la planificación familiar

-Tipo de información escuchada o vista en la radio o televisión

-Personas (as) que brinda (an) información sobre planificación familiar

**5) Métodos anticonceptivos**

-Tipos de métodos anticonceptivos conocidos

-Tipos de anticonceptivos utilizados por las usuarias

-Razón por la cual algunas entrevistadas no utilizan los métodos anticonceptivos

-Influencia de la religión en la utilización de métodos anticonceptivos

-Disponibilidad de anticonceptivos en la comunidad

**Tipo de investigación:** Es observacional porque se presencié una situación sin modificarla y comparativa ya que se realizó una comparación entre las variables de cada grupo en que está dividida la muestra.

**Universo y muestra:** El universo de trabajo está formado por 2595 mujeres en edad fértil, con vida sexual activa que utilizan o no algún método anticonceptivo, pertenecientes a 29 comunidades de los módulos de Charo, Tarimbaro y Uruétaro; del cual se extrajo aleatoriamente una muestra del 25% que se dividió en dos grupos: uno que acepta y utiliza los métodos anticonceptivos (usuarias) y otro que no los acepta, ni los usa (no usuarias).

**Técnicas e instrumentos:** Por medio de la observación se obtuvieron



datos que permitieron diseñar la investigación y complementar el análisis de los resultados.

A través de la entrevista y el cuestionario captamos información útil, directamente de las mujeres entrevistadas, evitando así la deformación de la misma; se aplicaron un total de 648 cuestionarios, 216 por módulo (108 a usuarias y 108 a no usuarias).

Procesamiento de datos: Los datos recopilados se clasificaron y se presentaron en cuadros y gráficas para facilitar su análisis e interpretación, de este modo se confirmó el contenido del estudio, y se extrajeron los puntos principales para la elaboración de las conclusiones y alternativas de solución.

## 1.2 MARCO TEORICO

## 1 MARCO TEORICO

### 1.1 PLANIFICACION FAMILIAR

#### 1.1.1 Generalidades

La planificación familiar, como acción organizada, surgió en la mayoría de los países principalmente como una respuesta para armonizar el crecimiento de la población con las posibilidades de desarrollo económico y social, de tal manera que, aún cuando llevaba implícita también la posibilidad de coadyuvar a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, predominaron propósitos esencialmente demográficos. (1)

Se dice que las sociedades libres se distinguen por la capacidad del individuo para tomar decisiones libres, siempre que su ejercicio no sea perjudicial para el bien común. No hay decisión individual más importante de la de no tener otro hijo sino se le desea. En la mayoría de los países poco desarrollados, cuando el gobierno ayude a que este último tipo de decisión sea una realidad, no estará dañando a la sociedad, sino contribuyendo a su bienestar general.

Es factible que una minoría de parejas tengan puntos de vista bien fundados en lo tocante a más hijos y al momento conveniente para tenerlos. En una sociedad libre las parejas que desean tener más hijos deben ser ayudadas para que los tengan en circunstancias adecuadas. De modo semejante, quienes no quieren más hijos deben ser también respaldados hasta el punto de que los gobiernos cuiden de proporcionar la debida información y los medios convenientes. (2)

1) Secretaría de Salud, et. al., Educación Sexual y Planificación Familiar en la Adolescencia, pag. 48.

2) Centro de Estudios Avanzados de la Cía. General Electric, Crecimiento de población y desarrollo económico, pag. 48, 51.

### 1.1.2 Concepto

En la Conferencia Mundial de Bucarest en 1974, se definió a la Planificación Familiar, como:

Todas las parejas e individuos tienen el derecho básico de decidir libremente y con sentido de responsabilidad, el número y espaciamiento de sus hijos y para tener la información, la educación y los medios para hacerlo; la responsabilidad de las parejas y los individuos en el ejercicio de su derecho, tome en cuenta las necesidades de sus hijos vivos y futuros, y sus responsabilidades hacia la comunidad. (3)

### 1.2 PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

El programa de planificación familiar forma parte de los servicios de atención a la salud y tiene carácter prioritario. Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad. (4)

#### 1.2.1 Objetivos

- Coadyuvar al mejoramiento de la salud de la población materna e infantil.
- Contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad con pleno respeto a la decisión y dignidad de las parejas.

3) MASHI, Mohammad; Administración de Programas de Planificación Familiar, p a g. 80

4) Secretaría de Salud, O p. , Cit., p a g. 10

- Ayudar a reducir la frecuencia de los embarazos no deseados, previniendo así los problemas sociales asociados, como es la incidencia del aborto. (5)

#### 1.2.2 Bases legales del programa de planificación familiar

La planificación familiar en México se encuentra normada actualmente por:

- La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a través del artículo 4o. que entró en vigor el 31 de diciembre de 1973.
- La Ley General de Población, en su artículo 3o., párrafo II, la cual inicia su operación el 7 de enero de 1974.
- El Reglamento de la Ley General de Población a través de sus artículos 18, 20, 21, 22, 26 y 30 que entran en vigor a partir del 17 de noviembre de 1976.
- La Ley General de Salud, en sus artículos 68, 69, 70 y 71 vigente desde el 7 de febrero de 1984 y el artículo 67 del 27 de mayo de 1987.
- El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica a través de sus artículos 116, 117, 118, 119 y 120 que entran en vigor el 14 de mayo de 1986.
- La Norma Oficial Mexicana de los Servicios de planificación familiar que entró en vigor en mayo de 1994.(6)

#### 1.3 PLANIFICACION FAMILIAR Y SALUD REPRODUCTIVA

La planificación familiar tiene varias consecuencias posibles que

5) Secretaría de Salud, Planificación Familiar y Salud Reproductiva, pag. 281

6) Secretaría de Salud, et. al., Op. cit., pag. 10 y 11

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

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

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

### 1.3.1 Implicaciones de la salud reproductiva

Existen múltiples variables que motivan o dan como consecuencia determinadas circunstancias, y que al combinarse ante el proceso salud-enfermedad de la población en los niveles social, individual y familiar, tienen diferentes expresiones que pueden manejarse bajo puntos de vista social, psicológico y biológico.

#### 1.3.1.1 Implicaciones sociales

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

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

Al no existir un acceso a los servicios de salud va a repercutir sobre todo en el grupo materno-infantil. Los niños del área rural tienen probabilidad de morir dos veces mayor, que los niños del área urbana (la tasa de mortalidad es de 75 y 30 por mil respectivamente en 1984), pues al no haber una atención oportuna, no se identifican algunos riesgos por lo que la atención médica prenatal, obstétrica y pediátrica es inadecuada.

La capacidad económica limitada va a condicionar el estado de salud con menos posibilidades de salud reproductiva.

La educación y los factores culturales ejercen una influencia directa en las diferentes etapas de la vida reproductiva.

Por otro lado para la mujer la ilegitimidad de un embarazo, significa falta de apoyo económico, además de provocarle conflictos emocionales y sociales, lo que la conduce al aborto.

#### 1.3.1.2 Implicaciones psicológicas

La salud reproductiva considera la educación sexual de manera especial, en la cual se maneja la capacidad procreativa humana y la forma de relacionarse, ya sea como mujer o como hombre, por lo que su ámbito es muy amplio.

Desde que se nace hasta la muerte la educación sexual abarca todas las etapas que atraviesa el ser humano, influyendo en las actividades que en forma particular, de acuerdo a las circunstancias personales del entorno y experiencias vividas. Aunque cada persona proviene de un núcleo o grupo familiar con los que sus valores o intereses pueden coincidir familiar o socialmente, y también podrá diferir totalmente, pero ninguna persona llega a ser la repetición de un modelo ya existente. Algunos valores permanecen, otros se pierden, y algunos más los va creando uno mismo.

Dentro de los factores que influyen de manera directa en la función reproductiva, se reconocen la madurez biológica y el estado civil de la persona, por lo que se considera que éstos cumplen las condiciones necesarias para el desempeño de la actividad sexual o la reproducción, pero al dar otro enfoque se hace referencia a el conocimiento, aceptación y confianza que se tenga de sí mismo, hacia la pareja y hacia los demás, la identificación y comprensión clara de sus expectativas y alcances individual como de la pareja y por último la capacidad de adaptación o responsabilidad ante la vida sexual activa o la reproducción humana.(7)

#### 1.3.1.3 Implicaciones biológicas o médicas

La susceptibilidad de riesgo para las mujeres en edad reproductiva, nace de los procesos fisiológicos que acompañan al embarazo, y que modifican profundamente el organismo materno aumentando su vulnerabilidad. En lo que se refiere al sector infantil, las circunstancias relacionadas con la gestación al nacimiento, el

7) Secretaría de Salud, Op. cit., pag. 232-234



crecimiento y el desarrollo, constituyen factores que influyen en su pronóstico de salud.(8)

Los factores que ofrecen un mayor riesgo en la morbi-mortalidad materna e infantil se agrupan en tres categorías:

- Antecedentes generales para identificar algunas características de la conducta reproductiva como la edad, multigravidez, intervalo intergenésico y peso corporal.
- Antecedentes patológicos obstétricos que informen casos e incidentes de tipo reproductivo.
- Antecedentes personales patológicos.

De los cuales podrá establecerse un diagnóstico general de la embarazada y la conducta a seguir.

#### 1.3.1.4 Acciones de la planificación familiar que contribuyen a la salud reproductiva

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

- Educación para el autocuidado de la salud.
- Orientación sexual a los adolescentes.
- Orientación anticonceptiva preferente a mujeres en edad fértil no embarazadas con riesgo reproductivo.(9)

8) Secretaría de Salud, et. al., Op. cit., pag. 61

9) Secretaría de Salud, Op. cit., pag. 230,240,241

#### 1.4 METODOS ANTICONCEPTIVOS

Los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes, y son los siguientes:

##### Temporales

- Hormonales orales
- Hormonales inyectables
- Hormonales subdérmicos
- Dispositivo intrauterino
- De barrera y espermicidas
- Naturales o de abstinencia periódica

##### Permanentes

- Oclusión tubaria bilateral
- Vasectomía

##### 1.4.1 Métodos hormonales orales

Los anticonceptivos hormonales orales son métodos temporales y se dividen en dos grupos:

##### 1. Los combinados con estrógenos y progestina

##### Presentación

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

- Las que contienen dosis constantes del estrógeno y de la progestina en cada una de las tabletas o grageas. Se presentan en cajas de 21 tabletas o grageas. Algunas presentaciones incluyen siete tabletas o

grageas adicionales que no contienen hormonas, sino sólo hierro o lactosa, resultando ciclos de 28 tabletas o grageas para administración ininterrumpida.

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

-Aquellas que en el paquete para 21 días contienen 15 tabletas o grageas con el estrógeno solo, seguidas por 6 tabletas o grageas con dosis fijas del estrógeno, más alguna progestina sintética, se denominan secuenciales y no se debe recomendar su uso como anticonceptivo.

#### Efectividad anticonceptiva

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

#### Indicaciones

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

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

#### Contraindicaciones

- Lactancia en los primeros 6 meses posparto
- Embarazo o sospecha de embarazo
- Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática
- Tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes

#### Precauciones

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

#### Formas de administración

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

En las presentaciones de 21 tabletas o grageas se ingiere una tableta o gragea diaria durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días de descanso sin medicación. Los ciclos subsecuentes deben iniciarse al concluir los siete días de descanso del ciclo previo independientemente

de cuando se presente el sangrado menstrual.

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

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

#### Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

- cefalea
- náusea
- vómito
- mareo
- mastalgia
- clasma
- manchado intermenstrual

## 2. Los hormonales orales que sólo contienen progestina

#### Presentación

Se presentan en cajas que contienen 35 tabletas o grageas.

#### Efectividad anticonceptiva

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

#### Indicaciones

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

- antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso del estrógeno esté contraindicado
- en el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado
- en el posparto o poscesárea, con o sin lactancia y cuando se deseen anticonceptivos orales
- en el posparto inmediato

#### Contraindicaciones

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

#### Precauciones

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

#### Formas de administración

Los anticonceptivos hormonales orales que sólo contienen progestina, en su primer ciclo de tratamiento deben iniciarse preferentemente el

primer día de la menstruación. Si el inicio se efectúa después del primero y antes del sexto día desde el inicio de la menstruación, se deberá usar un método de barrera, como apoyo durante siete días. Se ingiere una tableta diaria ininterrumpidamente, incluso durante la menstruación.

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

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

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

#### Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

- irregularidades menstruales (hemorragia, manchado prolongado o amenorrea)
- cefalea
- mastalgia

#### 1.4.2 Métodos hormonales inyectables

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

##### 1. Los combinados de estrógeno y progestina

#### Presentación

Existen cuatro tipos de anticonceptivos hormonales combinados inyectables:

- Cipionato de estradiol 5 mg; + acetato de medroxiprogesterona 25 mg en

0.5 ml de suspensión acuosa microcristalina.

-Valerianato de estradiol 5 mg + enantato de norestisterona 50 mg en 1 ml de solución oleosa.

-Enantato de estradiol 5 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 75 mg en 1 ml de suspensión acuosa.

-Enantato de estradiol 10 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg en 1 ml de suspensión acuosa.

#### **Efectividad anticonceptiva**

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

#### **Indicaciones**

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

- antes del primer embarazo
- en el intervalo intergenésico
- en el posaborto
- en el posparto o poscesárea después de la tercera semana si la mujer no está lactando

#### **Contraindicaciones**

- Lactancia en los primeros 6 meses posparto
- Embarazo o sospecha de embarazo
- Tener o haber tenido cáncer mamario o de cérvix
- Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática.



- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos
- Tener enfermedad hepática aguda o crónica activa
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes

#### Precauciones

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

#### Formas de administración

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

Las usuarias de anticonceptivos inyectables que sólo contienen progestina pueden cambiar al hormonal combinado inyectable recibiendo la primera aplicación de éste en el día programado para su inyección. Posteriormente se debe aplicar cada 30 +/- 3 días independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

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

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

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

#### **Efectos colaterales**

Algunas mujeres pueden presentar:

- irregularidades menstruales
- cefalea
- náusea
- vómito
- mareo
- mastalgia
- incremento de peso corporal

#### **2. Los hormonales inyectables que sólo contienen progestina**

##### **Presentación**

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

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

##### **Efectividad anticonceptiva**

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

##### **Indicaciones**

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

- antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado
- en el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado
- mujeres en el posparto o poscesárea, con o sin lactancia y que deseen un método inyectable
- en el posaborto

#### Contraindicaciones

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

#### Precauciones

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

#### Forma de administración

Los anticonceptivos hormonales inyectables que sólo contienen

progestina se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea.

La primera aplicación debe efectuarse en cualesquiera de los primeros siete días después del inicio del ciclo menstrual.

Las inyecciones subsecuentes de DMPA (suspensión acuosa de acetato de medroxiprogesterona de depósito) deben aplicarse cada tres meses y las de NET-EN (enantato de noretisterona) cada dos meses independientemente de cuando se presente el sangrado.

En el posparto, cuando la mujer esté lactando, la aplicación de estos anticonceptivos inyectables debe efectuarse después de la sexta semana.

En el posaborto la primera aplicación puede efectuarse inmediatamente.

#### **Efectos colaterales**

Algunas mujeres pueden presentar:

- irregularidades menstruales
- amenorrea
- cefalea
- mastalgia
- aumento de peso

#### **Duración de la protección anticonceptiva**

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

La protección anticonceptiva conferida por DMPA, se extiende por lo menos a los 90 días que siguen a la inyección aunque en general es más prolongada.

#### **1.4.3 Método hormonal subdérmico**

Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada que se

inserta subdérmicamente y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética (no contiene estrógeno).

#### Presentación

Seis cápsulas con dimensiones individuales de 34 mm, de longitud por 2.5 mm, de diámetro transversal, que liberan en promedio 30 mcg diarios de levonorgestrel.

#### Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso este método brinda protección anticonceptiva superior al 99% durante el primer año. Después disminuye gradualmente (96.5% al quinto año de uso).

#### Indicaciones

Este método está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes con patrón menstrual regular, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción que no requiere de la toma o aplicación periódica, en las siguientes circunstancias:

- antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado
- en el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado
- en el posparto o poscesárea, con o sin lactancia
- en el posaborto inmediato

#### Contraindicaciones

- Embarazo o sospecha de embarazo
- Tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa

- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes

**Precauciones**

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

**Formas de administración**

Las cápsulas deben insertarse subdérmicamente en la capa interna del brazo siguiendo las normas y técnicas quirúrgicas recomendadas para el método. La inserción debe efectuarse preferentemente durante cualesquiera de los primeros siete días del ciclo menstrual o en cualquier otro día, siempre que se tenga la seguridad razonable de que no hay embarazo. En el posparto y poscesárea con lactancia, la inserción debe efectuarse después de la sexta semana del puerperio.

**Duración de la protección anticonceptiva**  
Hasta cinco años después de la inserción.

**Efectos colaterales**

Algunas mujeres pueden presentar:

- hematoma en el área de aplicación
- infección local
- dermatosis
- irregularidades menstruales (hemorragia, manchado por tiempo prolongado o amenorrea)
- cefalea

- mastalgia.(10)

#### 1.4.4 Dispositivo intrauterino

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

##### Presentación

En la actualidad se disponen de los siguientes dispositivos:

-7 Cu o Gravigard. Tiene forma de 7 con un espiral de cobre en su rama vertical de 200 mm<sup>2</sup> de superficie. En tamaño normal y mini.

-Multiload. Diseñados para mejorar la tasa de expulsiones y para conseguir una mejor adaptación en la cavidad uterina por la flexibilidad de sus ramas horizontales, existen tres tamaños que contienen 250 mm<sup>2</sup> de cobre enrollado en la rama vertical: normal, short y mini. Finalmente el ML-375 en tamaño normal, en el que se ha aumentado la cantidad de cobre a 375 mm<sup>2</sup>, con el fin de aumentar su efectividad y duración.

-Nova T. Presenta una estructura de plata sobre la que va montado el espiral de cobre de 200 mm<sup>2</sup> de superficie, evitando su fragmentación y aumentando con ello su duración.

-Gyne T 380. Dispositivo en forma de T, con espiral de cobre en su rama vertical y con dos cilindros de cobre situados uno en cada rama horizontal. La localización del cobre y su presentación en forma de cilindro que no se fragmentan conllevaría una mejor distribución del cobre en la cavidad uterina, con lo que su efectividad sería más elevada.

10) Diario Oficial de la Federación, Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, pag. 33-42.

-DIU-Lanzas. Son dispositivos de origen nacional, en forma de T, cuyas ramas horizontales (normal, maxi y mini) se han modificado, conteniendo 340, 380 y 290 mm<sup>2</sup> de cobre, respectivamente.

-En 1970 cuando Scornegna demostró que añadiendo esteroides y concretamente progesterona (acetato de megestrol) en la rama horizontal de la T se conseguía un efecto anticonceptivo similar, reduciendo notablemente la pérdida menstrual y la dismenorrea que acompañaba a la utilización de los anteriores dispositivos. Su idea se comercializó en Estados Unidos, apareciendo el dispositivo liberador de hormonas conocido con el nombre de Progestasert.

Finalmente, en los últimos años se han ido introduciendo modificaciones como el cambio de esteroide (utilizando derivados del Norgestrel). (11)

#### Mecanismo de acción

Uno de los principales mecanismos de acción es que como cuerpo extraño, provoca reacción inflamatoria localizada al endometrio lo que promueve migración de macrófagos, polimorfonucleares neutrófilos, células cebadas y células plasmáticas. La lisis de las células inflamatorias, principalmente de los leucocitos polimorfonucleares, causa la liberación de enzimas lisosomales como la fosfatasa ácida, la n-acetilglucosamidasa y la betaglucoromidasa las que destruyen a los espermatozoides que principalmente son fagocitados por los macrófagos. La liberación de los iones cúpricos (Cu + +), en el medio endometrial provoca la ruptura por reducción de los puentes disulfuro de las proteínas; fenómeno que conlleva la precipitación de la albúmina en la superficie endometrial, además de disminuir la filancia y producir lisis de las secreciones mucosas, fenómenos que dificultan

11) DENEUS TRIAS DE BEST, et. al., Anticoncepción, pag. 42-43



importantemente el transporte del espermatozoide. También se sabe de la inactivación de enzimas de crucial importancia para la fisiología reproductiva como lo son anhidrasa carbónica y la fosfatasa alcalina. Otros hechos observados es que los iones cúpricos interfieren en los mecanismos de la cadena respiratoria del espermatozoide y lo inactivan inmovilizándolo. Además el cobre puede iniciar la oxidación de ácidos grasos no saturados en la membrana celular lo que la hace más lábil con la consecuente lisis de organelos celulares, pérdida de la función y eventualmente muerte celular.(12)

Cuando la carga liberada por el DIU es una hormona (generalmente un gestágeno), está ya demostrado que aquella no interfiere en los mecanismos de acción del eje hipotálamo-hipófisis-ovario.(13) Este tipo de dispositivo hormonal induce atrofia glandular en las capas superficiales del endometrio con estasis venosas y reacción decidual del estroma. En las capas profundas se mantienen las modificaciones normales de los ciclos difásicos, pues la ovulación no es inhibida.(14)

#### Efectividad anticonceptiva

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

#### Indicaciones

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

12) S. S. A., Actualización en Métodos Anticonceptivos, pag. 47

13) DEXEUS, Op. cit., pag. 66

14) CALATRONI, Ginecología, pag. 483

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

#### Contraindicaciones

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

#### Precauciones

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

#### Forma de administración y tiempo de colocación

El DIU debe ser insertado en la cavidad uterina en los siguientes momentos:

- Período intergenésico: puede insertarse preferentemente durante la menstruación o en cualquier día del ciclo menstrual cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.
- Posplacenta: la inserción debe realizarse dentro de los diez minutos

posteriores a la salida de la placenta. Esta técnica puede realizarse después del parto o durante una cesárea.

- Prealta: al egreso hospitalario se puede hacer la colocación del DIU antes de que la paciente sea enviada a su domicilio, después de la resolución de cualquier evento obstétrico.
- Posaborto: inmediatamente después del legrado o aspiración endouterina por aborto de cualquier edad de embarazo.
- Puerperio tardío: entre cuatro y seis semanas posaborto, posparto y poscesárea.

#### Duración de la protección anticonceptiva

La protección anticonceptiva que brindan los dispositivos varía de acuerdo con el principio activo o coadyuvante que contenga. La duración de la efectividad anticonceptiva de los dispositivos tipo T-Cu 380A y T-Cu 220C es de 6 a 8 años y para los Multiload 375 y 250 es de 5 y 3 años respectivamente.

Al término del período de efectividad del DIU, si la usuaria requiere aún este tipo de método, debe reemplazarse por otro en forma inmediata a la remoción.

#### Efectos colaterales

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

- dolor pélvico durante el período menstrual
- aumento de la cantidad y duración del sangrado menstrual

#### 1.4.5 Oclusión tubaria bilateral

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

fertilización.

**Efectividad anticonceptiva**

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

**Indicaciones**

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

- paridad satisfecha
- razones médicas
- retardo mental

**Contraindicaciones**

- Enfermedad inflamatoria pélvica activa

**Precauciones**

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

**Acceso a la cavidad abdominal y técnica quirúrgica**

La vía de acceso a la cavidad abdominal puede ser por minilaparatomía, laparoscopia, histeroscopia o colpotomía.

El procedimiento de oclusión tubaria puede ser por:

- salpingectomía y ligadura
- salpingotomía (fimbriectomía)

- técnicas de Pomeroy, Uchida e Irving
  - mecánica: por aplicación de anillos Yoon o electrofulguración
- Se debe recomendar como procedimiento de elección la minilaparatomía con la técnica de Pomeroy modificada.

#### Duración de la protección anticonceptiva

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

#### Efectos colaterales

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

#### 1.4.6 Vasectomía

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

#### Efectividad anticonceptiva

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

#### Indicaciones

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

- fecundidad satisfecha

- razones médicas
- retardo mental

**Contraindicaciones**

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

**Precauciones**

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

**Tipos de técnica quirúrgica**

Hay dos tipos de procedimiento: la técnica tradicional (con bisturí) y la de Li (sin bisturí).

- Técnica tradicional, con bisturí: es un procedimiento quirúrgico por el cual, se ligan, seccionan o bloquean los conductos deferentes a través de una pequeña incisión en el escroto.
- Técnica de Li, sin bisturí: es un procedimiento quirúrgico por el cual se ligan y seccionan los conductos deferentes a través de una pequeña punción en el rafe escrotal.

En ambas técnicas puede utilizarse la electrofulguración para bloquear los conductos deferentes.

**Duración de la protección anticonceptiva**

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

procedimiento.

La vasectomía no es efectiva en forma inmediata, pueden encontrarse espermatozoides hasta en las siguientes 25 eyaculaciones o hasta tres meses después del procedimiento, por lo cual se debe recomendar el uso del preservativo u otro método para evitar embarazos no deseados hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo.

#### Efectos colaterales

No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método. Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico:

- equimosis
- infección de la herida quirúrgica
- granuloma
- hematoma.

#### 1.4.7 Métodos de barrera

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

##### 1.4.7.1 Preservativo

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

#### Efectividad anticonceptiva

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

#### Indicaciones

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

- como apoyo a otros métodos anticonceptivos
- en personas con actividad sexual esporádica
- como apoyo durante las primeras 25 eyaculaciones posteriores a la realización de vasectomía
- cuando además hay riesgo de exposición a enfermedades de transmisión sexual, incluyendo SIDA

#### Contraindicaciones

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

#### Duración de la protección anticonceptiva

Limitada al tiempo de utilización correcta del método.

#### Forma de uso

- Debe usarse un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y desde el inicio del coito.
- Cada condón puede usarse una sola vez.
- Debe verificarse la fecha de manufactura, la cual no debe ser mayor a cinco años.
- Se coloca en la punta del pene cuando está en erección, desenrollándolo hasta llegar a la base del pene.
- Debe evitarse la formación de burbujas de aire.
- Cuando el hombre no esté circuncidado debe retraer el prepucio hasta la base del pene antes de colocar el condón.



- Posterior a la eyaculación se debe retirar el pene de la vagina cuando aún esté erecto, sostener el condón por la base del pene para evitar que se derrame el semen o permanezca el condón en la cavidad vaginal.
- Se anudará el preservativo antes de su depósito final en un basurero, evitando derramar el semen.
- En caso necesario, se empleará únicamente lubricantes solubles en agua, nunca en aceite, para evitar la pérdida de efectividad del preservativo.

#### Efectos colaterales

- Intolerancia al látex o al espermicida

#### 1.4.8 Espermicidas

Son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides, inactivándolos antes de que penetren al útero. Por lo general son surfactantes que pueden administrarse a través de diversos vehículos: cremas, óvulos y espumas en aerosoles. Las diversas presentaciones contienen un vehículo y un espermicida.

#### Efectividad

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

#### Indicaciones

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

- contraindicación para el uso de anticonceptivos hormonales

- durante la lactancia
- para aumentar la eficacia anticonceptiva de otros métodos
- en período inmediato posvasectomía

**Contraindicaciones**

- Hipersensibilidad a algunos de los componentes de la formulación

**Forma de administración**

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

**Duración de la protección anticonceptiva**

Dependiendo del tipo de producto empleado, será limitado a una hora a partir de la aplicación del espermicida en la vagina.

**Efectos colaterales**

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

**1.4.9 Métodos naturales o de abstinencia periódica**

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

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

Los métodos naturales más utilizados son:

- Método del calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus
- Método de la temperatura
- Método del moco cervical o de Billings
- Método sintotérmico

#### Efectividad

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

#### Indicaciones

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

#### Contraindicaciones

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

#### Precauciones

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

#### Forma de uso de los métodos naturales

La forma de uso de estos métodos se basa en la serie de eventos fisiológicos de un ciclo menstrual. La efectividad de los métodos

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

#### 1.4.9.1 Método del calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus

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

#### 1.4.9.2 Método de la temperatura

Este método depende de un solo signo, la elevación de la temperatura corporal basal. La mujer al despertar, antes de levantarse, debe efectuar la medición de su temperatura todas las mañanas, en la misma situación y por la misma vía después de al menos cinco horas de sueño continuo. La medición puede ser oral, rectal o vaginal, pero la más exacta es la rectal. Se debe efectuar el registro gráfico del resultado de la medición para poder observar los cambios térmicos que indiquen si se produjo o no la ovulación. Este cambio generalmente es discreto con una variación de 0.2 a 0.4 grados centígrados. Se registra

la temperatura basal diariamente. La pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales hasta el tercer día consecutivo de la temperatura elevada. La espera de tres días, poselevación de la temperatura, contribuirá a evitar que el óvulo sea fecundado.

#### 1.4.9.3 Método del moco cervical o de Billings

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

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

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

tres días siguientes al día cúspide se marcan 1, 2, 3. Los últimos días infértiles del ciclo menstrual comprenden desde el cuarto día después del día cúspide hasta el final del ciclo.

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

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

#### 1.4.9.4 Método sintotérmico

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

**Duración de la protección anticonceptiva**

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

**Efectos colaterales**

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

emocional.(15)

#### 1.4.9.5 Coito interrupto

El coito interrupto es el método más antiguo conocido y puesto en práctica por el varón para el control de la natalidad. Este método consiste en retirar el pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación.(16)

##### Indicaciones

Desde el punto de vista de la contracepción, es un método poco recomendable, dado el alto porcentaje de fallos. Quizá únicamente es aceptable en aquellas parejas o varones que no consultan o aceptan consejo contraceptivo alguno.(17)

##### Contraindicaciones

En cuanto a las contraindicaciones, se menciona su alto porcentaje de fracasos, y también sobre la facilidad con que puede inducir insatisfacción sexual o neurosis.

##### Efectividad anticonceptiva

El coito interrupto es uno de los métodos menos seguros, con un índice de fracasos de 20 a 25 embarazos por 100 mujeres/año.(18) Las causas de su fracaso es por la retirada tardía por falta de control y fuga espermática preeyaculación.

##### Método y técnica

15) Diario Oficial, Op.cit., pag. 42-52

16) DEXEUS, Op. cit., pag. 16

17) Ibidem, pag. 17

18) REEDER, Sharon, et. al., Enfermería materno-infantil, pag. 282

emocional.(15)

#### 1.4.9.5 Coito interrumpido

El coito interrumpido es el método más antiguo conocido y puesto en práctica por el varón para el control de la natalidad. Este método consiste en retirar el pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación.(16)

##### Indicaciones

Desde el punto de vista de la contracepción, es un método poco recomendable, dado el alto porcentaje de fallos. Quizá únicamente es aceptable en aquellas parejas o varones que no consultan o aceptan consejo contraceptivo alguno.(17)

##### Contraindicaciones

En cuanto a las contraindicaciones, se menciona su alto porcentaje de fracasos, y también sobre la facilidad con que puede inducir insatisfacción sexual o neurosis.

##### Efectividad anticonceptiva

El coito interrumpido es uno de los métodos menos seguros, con un índice de fracasos de 20 a 25 embarazos por 100 mujeres/año.(18) Las causas de su fracaso es por la retirada tardía por falta de control y fuga espermática preeyaculación.

##### Método y técnica

15) Diario Oficial, Op.cit., pag. 42-52

16) DEXEUS, Op. cit., pag. 16

17) Ibidem, pag. 17

18) REEDER, Sharon, et. al., Enfermería materno-infantil, pag. 232



El método consiste en la eyaculación extravaginal en el momento del orgasmo. Técnicamente el semen deberá ser eyaculado lejos de la vulva, pues espermatozoides depositados en su parte externa son capaces, ocasionalmente de ser fecundantes. En caso de coitos iterativos, es recomendable el lavado del pene y una micción de limpieza uretral previamente al próximo coito.

#### Efectos colaterales

##### En el hombre:

- impotencia
- hipertrofia prostática
- eyaculación precoz
- insatisfacción sexual

##### En la mujer:

- congestión pélvica
- frigidez e insatisfacción sexual; sobre todo consecuentemente al temor al embarazo y a la retirada del varón antes de que la mujer haya conseguido el orgasmo.(19)

\* NOTA: La Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar no considera el coito interrumpido como método natural anticonceptivo pero, se menciona ya que en las comunidades es practicado por una parte de la población.

#### 1.5 ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA

En los últimos 50 años el gobierno de la República ha realizado

19) DENREUS, Op.cit., pag. 17

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

Para atender a esta población, la Secretaría de Salud (S.S.) creó en 1985 la Estrategia de Extensión de Cobertura (E.E.C.) como una herramienta para llevar servicios básicos de salud, entre ellos la planificación familiar, para así procurar y mejorar el bienestar social.

La E.E.C.- S.S. es un conjunto de servicios de atención primaria a la salud diseñada para coadyuvar a la satisfacción de las necesidades básicas de los habitantes de las comunidades rurales dispersas. La prestación de estos servicios se realiza por una persona de la misma comunidad, a quien se le denomina "auxiliar de salud".

La E.E.C.- S.S. forma parte de la infraestructura de la Secretaría de salud en el nivel jurisdiccional y constituye el componente comunitario de atención para la salud de la población abierta.

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

Las principales actividades que se realizan en esta estrategia son: inmunizaciones, agua limpia, nutrición adecuada, control de embarazo, parto y puerperio, lactancia materna, planificación familiar, prevención de enfermedades diarreicas y control de infecciones respiratorias agudas.(20)

20) Secretaría de Salud, Estrategia de Extensión de Cobertura, pag. 1,3,

Para llevar estas actividades a la población se formaron módulos que constan de diez comunidades cada una, existiendo una supervisora de auxiliares de salud por módulo y una auxiliar de salud por comunidad, que realizan las actividades en cada comunidad a través de cuatro subsistemas:

- Control del niño sano menor de cinco años
- Control del embarazo, parto y puerperio
- Control de planificación familiar
- Actividades varias

#### 1.5.1 Subsistema de planificación familiar

En este subsistema se llevan a cabo las siguientes actividades:

- Captación de las mujeres en edad fértil con vida sexual activa
- Promoción del servicio de planificación familiar y métodos existentes por medio de pláticas, visitas domiciliarias, elaboración de trípticos y de muestrarios de métodos anticonceptivos
- Proporcionar métodos anticonceptivos a mujeres que lo soliciten, llevando un seguimiento de cada una por medio de un calendario de control
- Los métodos que se promueven en estas comunidades son: los hormonales orales e inyectables, el preservativo y para el DIU, la OIB y la vasectomía se canaliza a la población al centro de salud más cercano.

#### 1.6 RELIGION

Todas las sociedades que conocemos desarrollan ciertas normas de comportamiento, destinadas a precaverse, por un medio u otro, contra lo inesperado y a controlar mejor las relaciones del hombre con el universo en que vive a esta área se le llama religión; que es inevitablemente una parte de toda cultura, y cuya función consiste en

dar una imagen organizada del universo y establece una relación más o menos ordenada entre el hombre y su mundo reforzando y manteniendo los valores culturales. (21)

Anteriormente, los padres tranquilizaban sus naturales angustias sobre el futuro de los hijos, confiando en que Dios cuidaría especialmente de ellos.

La mentalidad actual ha enfatizado mucho más la responsabilidad de los padres. No es Dios quien lanza los hijos a la vida con "el pan bajo el brazo", los mismos padres deben poner a su alcance un pan que no aparece ni se multiplica por milagro, sino por el propio esfuerzo realizado en determinadas circunstancias económicas que, al no ser favorables tampoco se transforman a golpe de suerte.

Igualmente, se juzga más inmoral una procreación fatal, no deseada, que el control de la misma natalidad, de modo que los esposos logren el mayor bien para sus hijos y su relación personal; sin embargo las nuevas tendencias no han sustituido completamente las concepciones tradicionales de una gran parte de nuestra población. Se enfrentan dos tipos de comportamientos: el aprendido y transmitido por la tradición y el impuesto por las actuales circunstancias sociales y culturales.

La mayoría de los cristianos pueden afirmar la prohibición de la iglesia sobre el uso de anticonceptivos por la doctrina de las finalidades teóricas del matrimonio. Sin embargo, su experiencia y vivencia cotidianas les permiten describir ampliamente la realidad. Cuando se dice que los católicos no pueden utilizar los métodos para controlar la natalidad porque esto va contra la naturaleza, los esposos quedan perplejos, puesto que su "natural" sentido común les pide limitar su capacidad creadora para bien de la vida matrimonial, de

21) BEALS, Ralph L., Introducción a la antropología, pag. 502

los hijos y de la sociedad.

#### 1.6.1 Religiosidad condicionada por la realidad

Como la iglesia se considera encargada de custodiar el orden que Dios estableció en el universo, sus normas se extienden a casi todos los aspectos de la vida humana, especialmente al de la familia, donde "se forman los perfectos ciudadanos de la tierra y los felices moradores del cielo". La religiosidad de los matrimonios católicos necesariamente está marcada por la influencia de estas normas, especialmente en lo que se relaciona con la condición de la mujer, la finalidad del matrimonio y las relaciones sexuales.

##### 1.6.1.1 Planificación familiar y religiosidad

Por eso, aunque las cuatro quintas partes de la humanidad aceptan ya con entusiasmo la regulación de los nacimientos, "sólo los católicos se sitúan frente a esta posibilidad con el ánimo encogido y medroso, zarandeados por el deseo de obrar como los demás y el temor de estar así en conflicto con la autoridad doctrinal".

La reproducción de la especie humana no es una tarea que se realiza al azar dentro de la familia. Los hijos se traen al mundo en el amor consciente. La salud, la habitación, la personalidad y otros factores innumerables, ayudan a los padres a decidir sobre el tamaño de la familia. Una primera consideración de orden general, es que la familia no se puede aumentar sin un sentido profundo de la responsabilidad hacia la misma familia y hacia el mundo.

La situación de los católicos que emplean los métodos anticonceptivos o la planeación familiar en general, es totalmente distinta a la que se enfrentaban los católicos de hace una o dos décadas. Entonces, la utilización de métodos anticonceptivos se consideraba, a pesar de todo

lo necesaria que se juzgara, una infracción grave a la moral católica. Ahora, de una parte estén las exigencias de la vida matrimonial en su desarrollo diario, el respaldo de una corriente cada vez más fuerte de expositores e investigadores católicos y, por otra parte la norma de la iglesia mantenida igual hasta el presente.

Los investigadores dicen:

En un país como este, en proceso de cambio, la familia es una de las estructuras que más directamente reflejan los aspectos de la transformación, y evidentemente es uno de los agentes llamados a contribuir más a este cambio aunque esta transformación encuentre fuerte resistencia "cultural y normativa" en los estereotipos, normas y valores tradicionales.

Así se ve que la planeación familiar y la integración conyugal se han considerado como "un foco de crisis cultural", a través de las cuales se puede diagnosticar la potencialidad de la familia en torno a dos de sus funciones principalísimas: la procreación y la función amorosa. Así la planeación familiar es la resultante de los siguientes factores: las actitudes y opiniones frente al tamaño de la familia, el conocimiento de los métodos de planeación familiar y el grado de empleo de los mismos.

Una de las hipótesis que los investigadores utilizaron, supone que "es muy posible que la religión tenga una gran influencia en la mayor parte de la población mexicana, en lo que respecta al conocimiento teórico y a la aceptación formal de las normas de conducta de la vida familiar.(22)

#### 1.6.1.2 El sentido de la religión

22) MALDONADO R., Oscar, Los católicos y la planificación familiar, pag.

Las creencias, como indicadores de la religiosidad, ofrecen algunas dificultades. En primer lugar, en la misma expresión verbal de las fórmulas doctrinales, se pueden dar significados diferentes; además, la importancia real de las creencias para la vida de la gente depende de su situación personal; como las creencias por lo regular son oscuras, los creyentes no concuerdan siempre en su interpretación. "No obstante, las creencias religiosas verbalizadas son una importante indicación del significado subjetivo del comportamiento religioso de la gente y ayudan a comprender como influye la religión sobre el comportamiento en general". (23)

Entre los católicos se pueden considerar tres grupos:

El primero: está representado por los indiferentes a los mandatos de la iglesia y que adoptan medidas anticonceptivas a pesar de la desaprobación de sus confesores.

El segundo: el de la gran masa que representa a las clases humildes y en su mayoría ignorantes que, no toman ninguna medida porque no saben como hacerlo y muchos ni siquiera saben que existe esa posibilidad, para ellos la iglesia no es un obstáculo. Al no entender los métodos naturales como el ritmo o la abstinencia en cuanto se les indica un método fácil como el de las pastillas orales lo agarraron como tablita de salvación y concurren con toda regularidad a las consultas de orientación. Han hallado un remedio y no lo abandonan y si en un momento dado encuentran la reprobación del párroco, dejan de confesarse, con la sola esperanza de que de un momento a otro las cosas van a cambiar.

El tercero: los católicos de clase media y acomodada. Ellos no ignoran que pueden limitar la familia, pero saben que cuentan únicamente con el

23) MALDONADO, Op. cit., pag. 41,42

método del ritmo para lograrlo. Muchos se acomodan a la disciplina. Pero la gran mayoría pronto se dan por vencidos y consideran que el método tiene muchas fallas, aunque de hecho son ellos los que han fallado en la aplicación. Por lo que tarde o temprano y con la carga de cinco o diez hijos, comienza un conflicto moral-religioso. Empiezan a obrar por propia iniciativa, desertando a medias o con astucia, para no hacerlo de frente, evitando así el abandono de sus creencias religiosas. (24)

Las personas más practicantes y que no solamente cumplen con las normas estrictas del culto, regulan la fecundidad, en su mayoría, mediante la continencia periódica. Los demás grupos tienden a utilizar otro método. Tomando en cuenta entre los grados del sentido religioso, la proporción de los que usan ritmo, las píldoras y los demás métodos entre el primero y segundo grado del sentido religioso, es bastante semejante a la de los que emplean esos mismos métodos en el tercer grado. Así pues, el tipo de método utilizado varía con la práctica religiosa, pero de acuerdo a los diversos grados de sentido religioso.

En el sentido religioso arcaico tradicionalista Dios, además de crear el universo y al hombre, establece un orden preciso al que debe someterse el ser humano; a través de esta concepción se enfoca, de manera especial, la vida matrimonial: Dios instituyó el matrimonio para que el hombre y la mujer colaboren con él en la continuación de la especie y en la educación de los hijos, enviados por él con la colaboración de los dos sexos.

En el sentido religioso de la orientación moderna, se centra en Jesucristo, Dios encarnado en el hombre; éste está obligado al desarrollo, al perfeccionamiento por la fe aceptada libremente sin

24) CARRASCO NARRO, Control de la natalidad en México, pag. 11,12



imposición de ninguna especie y que, lejos de darle seguridades absolutas en su vida diaria, le ofrece orientaciones generales que él solo debe aplicar a su circunstancia concreta. (25)

#### 1.6.1.3 La finalidad del matrimonio en el catecismo tradicional

Un manual de instrucción religiosa que tuvo influencia hace años y que sigue utilizándose en algunos medios, dice que " el fin primario del matrimonio es la procreación y educación de la prole; el secundario es la ayuda mutua y el remedio de la concupiscencia". Más adelante afirma: "las palabras dichas por Dios a Adán y Eva <creced y multiplicaos>, manifiestan claramente que el fin primario del matrimonio es la propagación del género humano".

"Faltan pues, gravemente los que maliciosamente impiden este fin".

"Todo casado, buen cristiano, debe decir gustoso: acepto todos los hijos que Dios quiera darme, y en él pongo toda mi confianza".

"Los padres de familia numerosa merecen la bendición de Dios y de la sociedad. Muchas veces Dios les premia en esta vida dándoles hijos que los sustenten en la vejez y sean su consuelo, honor y gloria". (26)

#### 1.6.1.4 El tamaño de la familia

Teniendo en cuenta que el 64% de las familias disponen de ingresos mensuales de tres mil pesos, (el 84% de la población mexicana según investigaciones) es evidente que una familia de siete a veinticuatro hijos resulta numerosa para esos presupuestos. Entre los que así

25) MALDONADO, Op. cit., pag. 154, 155  
26) Ibidem., pag. 96, 97

piensan predominan los grupos dirigidos con una orientación religiosa vinculada al cumplimiento de los mandamientos, como expresión de la voluntad de Dios.

En cambio, en las clases donde predomina la orientación religiosa centrada en la responsabilidad personal, la familia numerosa comienza ya con los cinco hijos.

El grupo de práctica religiosa nula tiene todavía una mayor restricción en su concepción de familia numerosa: inclusive el 8% la consideran numerosa a partir de tres hijos.

Es significativa la actitud de las personas ante las ventajas que ofrece la familia numerosa. Clasificándolas entre las que benefician directamente a los hijos y las que benefician a los padres (ayuda, consuelo, etc.), el 26% piensa en las ventajas que una familia numerosa ofrece a los mismos hijos, el resto, el 73.4% en las que reciben los mismos padres cuando han traído al mundo muchos hijos.

Según la opinión de los entrevistados, los beneficios de la familia pequeña son: mejores oportunidades de mantenimiento y mayor posibilidad de educación de los hijos. En relación con estas ventajas, hay casi unanimidad entre los diversos grupos de prácticas religiosas. Es decir, que no influyen las diversas orientaciones religiosas, porque se trata de experiencias personales.

#### 1.6.1.5 Número ideal de hijos

Antes del matrimonio.- Las personas de muy alta y de nula práctica religiosa son las que han pensado en el número de hijos antes de contraer matrimonio; en los otros grupos predominan las que no pensaron en ello.

Se puede suponer que en los dos grupos estuvo presente la finalidad procreativa del matrimonio antes de contraerlo; pero el hecho de especificar el número de hijos indica, entre otras cosas, que el

cumplimiento de esta función no se reduce a observar exclusivamente el papel biológico que corresponde a los padres de familia, sino que tal función se dirige por la razón humana que, aceptando el fin de las relaciones sexuales, es consciente de que las consecuencias de la procreación deben ser dirigidas por los esposos.

Aunque es cierto que la iglesia se ha interesado por la responsabilidad de los padres en la educación de los hijos, ha insistido más en la función procreativa.

Hay dos razones que impiden a la iglesia concientizar a los fieles sobre la responsabilidad en la paternidad:

a) El que aún no se haya clarificado suficientemente el concepto sobre la procreación como finalidad del matrimonio. Aún aceptando que éste tenga como fin fundamental la procreación, no quiere decir que este objetivo se deba lograr en todos los actos que, por la naturaleza de las cosas puedan desembocar en una nueva vida.

b) El temor que manifiesta la iglesia de que se recurra a medios de control de la natalidad violatorios a las exigencias de Dios a través de los dictados de la naturaleza. En ciertos medios es difícil que se hable públicamente de las técnicas que la iglesia acepta para limitar la natalidad.

Desde el punto de vista religioso estas razones pueden explicar por qué tan alto porcentaje de nuestra población no ha pensado en el número de hijos antes del matrimonio, pues la enseñanza al respecto es sumamente negativa y prefiere que el problema se ignore "inocentemente".

Existe una correlación inversa entre práctica y determinación del límite de hijos antes de casarse: entre más baja es la práctica religiosa, más reducido es el número de hijos que se quiere tener; entre más alta, se lleva al número límite.

Después del matrimonio.- Tanto en los grupos de práctica religiosa alta como en los grados de participación muy alta y alta en organizaciones

religiosas, es clara la tendencia a encontrar el número ideal en seis hijos. En cambio, en los demás grupos, tanto de práctica como de participación religiosa, aparece la tendencia a encontrarse en cuatro; sólo en los de práctica nula se concentra en menos de cuatro. Se tiene, en ésta forma que en los grupos orientados por el espíritu que motiva y anima las normas, el ideal de hijos se sitúan por encima del de los grupos en que predomina la letra de la ley. Quienes se consideran muy religiosos tienden a poner su ideal de hijos en seis, los poco y nada religiosos en cuatro. (27)

### 1.7 CULTURA

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

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

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

27) MALDONADO, Op. cit., pag. 116-120

los de otras personas cercanas.

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

Otro gran elemento de la cultura, son las ideas, abarca un variado y complejo conjunto de fenómenos sociales. Incluye las creencias que los hombres tienen sobre ellos mismos y sobre el mundo social, biológico y físico en el que viven, y también las creencias sobre sus relaciones con sus semejantes, con la sociedad y la naturaleza, y con aquellas otras entidades y fuerzas que suelen descubrir, aceptar o conjurar. Ello abarca la totalidad del vasto conjunto de conocimientos y creencias por el cual los hombres explican sus observaciones y experiencias -folklore, leyendas, proverbios, teología, ciencia, filosofía, saber práctico-, y el cual toman en cuenta al escoger sus actos alternativos. (28)

#### 1.7.1 La sociedad mexicana

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

La familia mexicana está basada en dos proposiciones fundamentales:

28) CHINOV, Ely, La sociedad, pag. 30-42

a) la supremacía absoluta e incuestionable del padre y  
 b) el autosacrificio absoluto y necesario de la madre.  
 Se puede afirmar que en México al padre se le teme, más no se le respeta, y que a la madre se le quiere y respeta no como a un individuo perse, sino por tolerar silenciosamente todos los sufrimientos que el hombre impone a ella como a sus hijos.

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

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

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

La sociedad mexicana confunde el amor con una unión destinada a procrear hijos. Al matrimonio, se le considera como un valor más importante que el amor; a la prostitución se le acepta culturalmente, aunque no en forma oficial, como un medio para separar el "amor necesario" para tener hijos, del placer sexual. (29)

En la relación conyugal existe una marcada división de las obligaciones, no comparten ideas, no toman decisiones juntos, existe poca comunicación lo que disminuye la posibilidad de discutir abiertamente sobre diferentes temas. Existe una relación negativa entre

20) PICK DE WEISS, Susan, Estudio social psicológico de la planificación familiar, pag. 53,54

la dominación masculina, la restricción del papel de la esposa y una precaria comunicación diádica (entre dos), con la efectividad y ejecución de las prácticas anticonceptivas.

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

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

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

(30)

#### 1.7.2 Nivel de educación

El deseo de limitar el número de hijos está muy acentuado entre las parejas de alta paridad, la implantación efectiva de la planificación familiar podría lograrse aún en las sociedades tradicionales mediante

el uso de un método anticonceptivo simple y eficaz, y un sistema conveniente de información y servicio.

La declinación de la proporción de analfabetas en la población total cambia la estructura de la producción, el empleo y la mezcla de tecnologías y un aumento en la variedad y uso de recursos naturales. Se ha encontrado que estos cambios conducen finalmente a que decline la tasa de crecimiento de la población. (31)

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

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

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

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

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

31) NAONI, Op. cit., pag. 108



A este respecto se ha visto que en los niveles de educación más bajos no hay diferencias importantes en los niveles de fecundidad, pero que en los grados más altos de instrucción sí son muy pronunciadas éstas diferencias entre personas con diferentes niveles educacionales. (32)

La fertilidad declina con el aumento del tiempo de escolaridad por dos causas: en primer lugar, las mejores educadas se casan más tarde, y en segundo lugar, es más probable que las mejor educadas usen anticonceptivos y así reduzcan su nivel de embarazos después de casadas. (33)

Con un mayor nivel de educación, la población se compromete más con las ideas e instituciones de una cultura moderna más amplia. Si el individuo es, o cree ser, parte de un sistema en el que las relaciones con la familia extendida no son el centro de un sistema social empieza a encontrar recompensas en tipos de relaciones interpersonales en las que una familia numerosa puede ser un inconveniente. (34)

### 1.7.3 Actitudes hacia el deseo de tener hijos

No existe ninguna evidencia científica que explique satisfactoriamente por qué la gente desea tener hijos.

En un estudio se encontraron cuatro razones principales para tener hijos:

- 1) Altruista: se refiere a una motivación desinteresada y no al simple anhelo de expresar afecto, preocupación o necesidad de amparar a los hijos.
- 2) Fatalista: la predestinación expresa la creencia de que la misión del hombre o de la mujer en la tierra es procrear y perpetuar la

32) PICK, Op. cit., pag. 66-66

33) NACHS, Op. cit., pag. 101

34) PICK, Op. cit., pag. 66

A este respecto se ha visto que en los niveles de educación más bajos no hay diferencias importantes en los niveles de fecundidad, pero que en los grados más altos de instrucción sí son muy pronunciadas éstas diferencias entre personas con diferentes niveles educacionales. (32)

La fertilidad declina con el aumento del tiempo de escolaridad por dos causas: en primer lugar, las mejores educadas se casan más tarde, y en segundo lugar, es más probable que las mejor educadas usen anticonceptivos y así reduzcan su nivel de embarazos después de casadas. (33)

Con un mayor nivel de educación, la población se compromete más con las ideas e instituciones de una cultura moderna más amplia. Si el individuo es, o cree ser, parte de un sistema en el que las relaciones con la familia extendida no son el centro de un sistema social empieza a encontrar recompensas en tipos de relaciones interpersonales en las que una familia numerosa puede ser un inconveniente. (34)

### 1.7.3 Actitudes hacia el deseo de tener hijos

No existe ninguna evidencia científica que explique satisfactoriamente por qué la gente desea tener hijos.

En un estudio se encontraron cuatro razones principales para tener hijos:

- 1) Altruista: se refiere a una motivación desinteresada y no al simple anhelo de expresar afecto, preocupación o necesidad de amparar a los hijos.
- 2) Fatalista: la predestinación expresa la creencia de que la misión del hombre o de la mujer en la tierra es procrear y perpetuar la

32) PICK, Op. cit., pag. 44-45

33) NAGHI, Op. cit., pag. 101

34) PICK, Op. cit., pag. 45

especie, es el orden natural de las cosas.

3) Narcisista: la motivación narcisista representa el concepto de que el hijo reflejará su gloria sobre el padre, será un prueba de su virilidad (o femeneidad) y la afirmación de su capacidad física, biológica o psicológica.

4) Instrumental: el hijo es útil, se le usará como medio para conseguir un fin.

Otro tipo de razones sería el anhelo de tener "algo" que amar, el afán de compartir la madurez con otro adulto, el deseo de jugar, divertirse y revivir su propia juventud, al ver a los hijos como un medio de satisfacer la necesidad de ser generosos y útiles o simplemente sentir cariño por los niños. Estas razones pueden considerarse como simple satisfacción emocional.

Este tipo de motivos es intrínseco, es decir, tanto su origen como sus consecuencias son internos, en forma de sentimientos, de emociones, que implican el deseo de dar o recibir un sentimiento que podría considerarse altruista en el sentido que es puro, sin esperar recibir nada material o físico a cambio.

El grupo de razones extrínsecas implican el deseo de dar esperando recibir, atribuyéndole al mismo tiempo un valor palpable y concreto a lo que se recibe, ya sea un sentimiento, un objeto material o una idea. Las razones agrupadas en esta categoría son el contar con ayuda económica, apoyo financiero, prestigio, seguridad económica en la edad madura. (35)

La mayoría de las familias que han vivido en el medio rural, donde tradicionalmente los hijos de ambos sexos son útiles al llegar a los quince años de edad. Tener varios hijos, sobre todo del sexo masculino,

ha constituido siempre el medio más sencillo y obvio para que los padres aseguren su futuro en contra de la indigencia. (36)

Se han considerado las razones sistémicas las cuales implican pensamientos y se definen en términos de ideas mentales concretas; por ejemplo: la continuidad de las generaciones, el considerar tener hijos como un deber que hay que cumplir o como un signo de virilidad, una prueba de "machismo", factores que incluyen el sexo del niño y sus relaciones con otras instituciones.

Se llaman sistémicas porque de alguna forma, están relacionadas con el sistema de normas y reglas existentes, implícita o explícitamente, en el grupo social al cual el individuo piensa que pertenece y debe corresponder. (37)

#### 1.7.4 Actitudes y motivos hacia el tamaño de la familia

Existe un acelerado ritmo de crecimiento experimentado por la población de nuestro país en los últimos años, producto fundamentalmente de la disminución de la mortalidad y del mantenimiento a niveles altos y constantes de la fecundidad.

La concepción de un nuevo ser se da en el contexto de una organización social específica, como es la familia. El proceso reproductivo de la población se encuentra integrado a una estructura social históricamente formada que condiciona los hechos biológicos y sociales que lo componen. (38)

No se sabe con exactitud hasta que punto los cónyuges pueden calcular intuitiva o deliberadamente la importancia del impacto económico que significa el advenimiento de otro hijo. El suponer que cuenta con la

36) Centro de Estudios Avanzados de la Cía. General Electric, Op. Cit., pag. 42

37) PICK, Op. cit., pag. 41

38) BENITEZ, Raúl, La fecundidad rural en México, pag. 211,212

información y el criterio necesarios y suficientes para calibrar el hecho no deja de ser aventurado. Entre las personas carentes de educación suele ser la mujer, y no el varón quien cuida de observar los métodos anticonceptivos, si es que los observa. En algunas sociedades, apenas si se puede decir que el matrimonio existe como institución. En cuanto a las culturas primitivas, estando basadas primordialmente en la agricultura, las compulsiones sociales y los prejuicios continúan propugnando, la fecundidad, aún cuando ya no les reporte beneficios.(39)

La suposición de que existe una racionalidad en la población, como una categoría que caracteriza su proceso de desarrollo. O sea, el cambio de una familia grande a una chica determina el cambio de una posición irracional a una racional. Algunos autores han considerado que esta racionalidad en el comportamiento de la población está latente en áreas de alta fecundidad, y que para materializarse sólo es necesario dar a la masa de la población los elementos e información que requiere.

En un estudio realizado en el Perú y Puerto Rico, las mujeres rurales y las de clase baja manifestaron una motivación latente hacia familias pequeñas, se piensa que se puede activar a través de discusiones públicas y difusión de métodos anticonceptivos.

Una posición similar que adopta la categoría de racionalidad, es aquella que sostiene, que la población se encuentra en una situación transicional: de una actitud tradicional a una actitud moderna. O sea, que las actividades de la población con respecto al tamaño de su familia son ambivalentes, ya que a menudo ven ventajas y desventajas tanto a las familias grandes como a las pequeñas.

Los factores económico-sociales han actuado a través del tiempo en

39) Centro de Estudios Avanzados... Op. cit., pag. 42

la determinación y tamaño de la familia, lo que ha dado como resultado que el nivel de mortalidad infantil, producto de esa situación de inestabilidad económica e inseguridad social en la mayor parte de los grupos sociales, influya también como elemento que mantiene una actitud favorable hacia un tamaño de familia grande. (40)

### 1.8 FACTORES SOCIOECONOMICOS

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

Los factores socioeconómicos y demográficos de un país son esenciales para el estudio de la mayoría de los fenómenos psicológicos y sociales. Se estima que esto influye en el estilo de vida de sus habitantes, en su proceso de toma de decisiones, en sus actitudes, creencias y conductas, así como en sus motivaciones. (41)

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

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

40) BENNETT, Op.cit., pag. 214, 217

41) PICK, Op.cit., pag. 14

autoidentificación, de conciencia de clase del individuo. (42)

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

La teoría socioeconómica dice que: a) hasta que el desarrollo socioeconómico no haya alcanzado cierto nivel, no es posible disminuir la fertilidad y, b) una vez que se haya llegado a ese nivel, la fertilidad disminuirá por sí misma. Naturalmente la conclusión es que resulta fútil tratar de influir en la fertilidad antes de que se haya satisfecho el requisito del desarrollo económico y social, y es innecesario hacerlo después. (43)

Los países menos desarrollados simplemente no tienen tiempo para esperar hasta que los lentos procesos del desarrollo produzcan sus efectos benéficos últimos. Se debería hacer un esfuerzo vigoroso y directo para disminuir las tasas de crecimiento de la población sin esperar a que el desarrollo cambie la situación fundamental, social y económica. Una vez reducidas las tasas de crecimiento demográfico el capital estaría libre de lo que hubiera habido que gastar en un esfuerzo desesperado para quedar al nivel de las exigencias crecientes de cada vez más gente, y entonces el desarrollo sería acelerado. (44)

#### 1.8.1 Nupcialidad

La pareja constituye la unidad básica en cuyo seno se desenvuelve el proceso reproductivo de toda sociedad. Independientemente de la forma que adquiera la familia (extensa o nuclear) en la cual se inserte o a la cual dé origen la pareja que se forma, su análisis puede iniciarse

42) PICK, Op.cit., pag. 87

43) NAGHI, Op.cit., pag. 90

44) Ibidem, pag. 94,95

con la selección del cónyuge o restringirse a las características de la unión ya establecida.

Los factores económicos, sociales, culturales y psicosociales que subyacen en la elección de un cónyuge, en la decisión de unirse, en el momento de hacerlo o en la búsqueda o no de una sanción legal del vínculo, condicionan en cierta manera la probabilidad de supervivencia que pueda tener una unión. La duración que se derive de esta sobrevivencia, así como las separaciones temporales que puedan surgir entre los cónyuges, afectan la evolución de la vida matrimonial y con ello la reproducción de la pareja.

En una sociedad que no controla voluntariamente su fecundidad, los aspectos que se acaban de mencionar influyen de manera importante sobre el periodo fértil de la mujer y por lo tanto en el tamaño de su descendencia. El surgimiento de la contracepción puede tornar aún más necesario el análisis de la reproducción en términos de la pareja, dado que el hecho de tener hijos dependerá, cada vez más, de una decisión adoptada, no de una mayor o menor fertilidad de la mujer. (45)

#### 1.8.2 Ocupación

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

45) BENITEZ, Op. cit., pag. 115



de otros miembros de la unidad doméstica.(46)

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

Un vínculo similar entre el empleo y la fertilidad se ha encontrado en la inmensa mayoría de los países, aunque en algunos casos el trabajo familiar parece no tener efecto en la fertilidad, mientras en otros sus efectos son tan amplios como los de ausencia del trabajo a nivel familiar. La relación entre el empleo y la fertilidad permanece más o menos estable independientemente de los antecedentes educacionales o residenciales de la pareja.(47)

#### 1.9 POLITICAS SOBRE POBLACION EN MEXICO

En los años que precedieron a la segunda guerra mundial <<el crecimiento demográfico estaba universalmente considerado como algo positivo para el desarrollo>>. Además el nacionalismo alimentó el concepto de que México debía crecer para engrandecerse.

En 1947 se promulgó la Ley general de población, que abogaba por un crecimiento demográfico acelerado y contenía varias medidas para fomentar tal incremento.

A principio de la década de los 70s todavía no estaba permitido

46) FIGUEROA, Beatriz, La Fecundidad en México, pag. 282

47) NAONI, Op. cit., pag. 108

anunciar los anticonceptivos, ni tampoco se podían adquirir sin receta médica. Los sectores de la población más afectados por esta política eran las clases bajas que no podían comprar los anticonceptivos orales disponibles en el mercado.

El primer cambio se llevó a cabo a principios de 1972, cuando el presidente declaró que la planificación familiar era un derecho que debería ser asequible a todos los que lo solicitaran. Esto provocó cambios en actitudes y conductas a diferentes niveles, y se inició una campaña denominada "paternidad responsable". Hasta 1973, el tono general de las campañas era considerar la planificación familiar como un servicio de salubridad pública sin perseguir ninguna meta demográfica. Sin embargo en 1973 un nuevo cambio empezó a tomar lugar con el fin de usar la planificación familiar como un medio para reducir la explosión demográfica.

Las más recientes políticas poblacionales de México están siendo diseñadas con el propósito de orientar a los individuos hacia el desarrollo de actitudes y conocimientos de manera tal que se pueda llegar a cambios a nivel conductual tanto en el área de reproducción como de migración. Los esfuerzos están siendo dirigidos a áreas tales como planificación familiar, educación sexual, comunicación y salud materno-infantil en coordinación con la política de otros sectores tales como desarrollo urbano, empleo, desarrollo agropecuario e industrialización .(48)

En un mensaje que el gobierno mexicano emitió con motivo del Año Internacional de la Población (1974), declaró:

"Bajo la nueva Ley General de Población iniciamos una política demográfica moderna y humanista, imbuida de los principios de la

48) PICK, Op. cit., pag. 24-26

Revolución Mexicana y profundamente respetuosa de los derechos individuales representados, en este caso, por la libertad de la pareja a determinar responsablemente, su descendencia".

En dicho mensaje el Estado subrayó que toda política de población debe ser producto de la voluntad soberana de cada país, sin la intromisión de gobiernos extranjeros ni empresas trasnacionales.(49)

49) NAONI, Op. cit., pag. 89

1.10 INDICADORES DE SALUD DE LOS MODULOS CHARO, TARIMBARO Y URUETARO

1.10.1 Distribución de la población total por grupos de edad y sexo

SEXO EDAD	H	M	M	M	TOTAL	M
-1	209	2.14	221	2.36	430	2.25
1 - 4	1065	10.91	932	9.94	1997	10.43
5 - 9	1348	13.81	1211	12.92	2559	13.38
10 - 14	1298	13.30	1320	14.08	2618	13.69
15 - 19	1271	13.03	1256	13.40	2527	13.21
20 - 24	964	9.88	1034	11.03	1998	10.44
25 - 29	709	7.26	757	8.08	1466	7.66
30 - 34	526	5.39	581	6.20	1107	5.79
35 - 39	594	6.09	389	4.15	983	5.14
40 - 44	388	3.98	357	3.81	745	3.89
45 - 49	316	3.24	299	3.19	615	3.21
50 - 54	259	2.65	233	2.49	492	2.57
55 - 59	212	2.17	221	2.36	433	2.26
60 - 64	200	2.05	198	2.11	398	2.09
65 - +	399	4.09	364	3.88	763	3.99
<b>TOTAL</b>	<b>9758</b>	<b>100</b>	<b>9373</b>	<b>100</b>	<b>19131</b>	<b>100</b>

Fuente: Estudios de comunidad de Charo, Tarimbaro y Uruétaro:  
Morelia Mich. 1994

### 1.10.2 Ocupación e ingreso económico

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

Alrededor del 40% de la población masculina emigra al país vecino del norte debido a la búsqueda de mayores fuentes de trabajo y mayores ingresos económicos, algunos sólo emigran por temporadas y regresan a su lugar de origen, otros lo hacen por tiempo indefinido, regresan sólo por unos días.

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

### 1.10.3 Hechos vitales

La esperanza de vida al nacimiento aumentó de manera significativa en el período de 1970-1983. Las mujeres ganaron 2.3 años, en 1970, su esperanza de vida fue de 66.1 y, en 1980, de 63.9 años. También los hombres incrementaron en dos años su esperanza, en 1980 alcanzaron 62.3 años y, en 1970 tenían 60 años. (50)

50) CONAPO, Programa Nacional de Planificación Familiar 1983-1988, pag.

**Causas principales de morbilidad y mortalidad en los tres módulos:**

**-Morbilidad**

1. Infecciones respiratorias agudas
2. Infecciones gastrointestinales
3. Amibiasis
4. Traumatismos
5. Otras parasitosis intestinales
6. Hipertensión arterial
7. Dermatosis
8. Salmonelosis
9. Picaduras de alacrán
10. Diabetes mellitus

**-Mortalidad**

1. Accidentes de tráfico de vehículos de motor
2. Cardiopatías
3. Enfermedades cerebrovasculares
4. Gastroenteritis
5. Deshidratación
6. Neoplasias
7. Enfermedades de vías respiratorias
8. Nefropatías
9. Senilidad
10. Diabetes mellitus

**1.10.4 Saneamiento ambiental**

**1.10.4.1 Abastecimiento de agua**

En cinco localidades del módulo de Charo, cuentan con red abastecedora de agua potable, el resto de las comunidades conectan mangueras a depósitos construidos en los nacimientos de agua de los cerros, por lo

cual el manejo del agua no es adecuado.

En el módulo de Tarímbaro, tres de sus comunidades no cuentan con abastecimiento de agua potable, sus necesidades de agua las satisfacen con manantiales o pozos insalubres, las siete restantes cuentan con un pozo de agua, del cual acarrean el agua hasta sus casas. De hecho la mayor parte del municipio de Tarímbaro tiene como principales fuentes de abastecimiento de agua para uso humano: pozos profundos o norias y en menor proporción los manantiales.

En las diez localidades del módulo de Uruétaro son abastecidas de agua potable entubada hasta sus terrenos, es decir, que no utilizan llaves o grifos públicos. Es relativamente poca, la gente que tiene el servicio de agua intradomiciliaria; aquellas comunidades que son abastecidas de agua generalmente sufren algunas temporadas de escasez, lo cual provoca que el almacenamiento se haga en cualquier tipo de recipiente, de ahí que el agua se contamine fácilmente por el hombre y los animales ya que no se le dan los cuidados adecuados sobre todo porque esta agua es para todo uso, incluso para beber.

En noviembre de 1993, se presentaron brotes de cólera en algunas localidades del módulo de Tarímbaro, de ahí que se aumentara la promoción sobre la desinfección doméstica del agua. La mayor parte de la población utiliza la ebullición como método de potabilización principalmente, la Secretaría de Salud dota en ocasiones de cloro a las localidades que no disponen de agua entubada, precisamente en aquellas de mayor prevalencia de enfermedades gastrointestinales, pero no siempre se le da el uso de cloración de agua, y aún en muchas ocasiones tampoco es hervida. En este aspecto existe aún mucha gente que adopta una conducta escéptica acerca de los beneficios de potabilizar el agua.

#### 1.10.4.2 Disposición de excretas

El fecalismo al aire libre es común aproximadamente en un 70% de la

población total, pues no cuentan con letrinas o fosas sépticas, factor negativo para la salud y que para la gente de estas localidades no es suficientemente importante, ya que muchas veces el excremento se encuentra en los sembradíos o cerca de los lugares de donde se abastecen de agua, aparte no tienen la precaución de cubrir éste con cal o tierra.

Gran parte de la población evita la construcción de una letrina, pues argumentan que despiden un olor muy desagradable y que son muy sucias. No obstante, que cuentan con el apoyo de la Secretaría de Salud en cuanto a orientación se refiere, además de el material para construirlas.

#### 1.10.4.3 Eliminación de basura

El manejo de los desechos es inadecuado, en la mayor parte de las localidades; sólo cuatro de ellas cuentan con servicio de carro recolector el cual sólo acude una o dos veces por semana, el servicio es insuficiente.

El resto de las localidades, eliminan la basura inapropiadamente, pues la desechan en lotes baldíos dentro de la misma comunidad o bien, ya tienen tiraderos junto a la carretera, dando un pésimo aspecto a la zona, "además debido a que se producen en gran cantidad y se descomponen con producción de gases, debido a su alto contenido en sustancias orgánicas, las basuras constituyen un elemento desagradable que debe ser eliminado del ambiente de vida humana. Este es requisito de civilización. Las razones de orden sanitario se refieren a las relaciones de las basuras con insectos y animales que son atraídos hacia ellas por su contenido en sustancias orgánicas. El peligro real de las basuras para la salud es el hecho de que constituyen un buen criadero de animales e insectos capaces de transmitir infecciones al



hombre".(51) Otra forma de eliminar la basura es la de quemarla y en contadas ocasiones la entierran.

#### 1.10.4.4 Control de fauna transmisora

"Las zoonosis más importantes para el hombre son aquellas que afectan a los animales domésticos. En general el riesgo mayor de contraer estas enfermedades es para la población rural, donde el contacto con los animales es permanente. El contacto directo con animales infectados o con los productos contaminados de estos animales constituye el modo más frecuente de transmisión de las zoonosis al hombre".(52)

Aproximadamente el 90% de la población tiene animales domésticos, a los cuales no les tienen asignados lugares adecuados y si no los tienen en muy malas condiciones higiénicas, pues no tienen la precaución de eliminar sanitariamente las excretas de los animales como: el ganado vacuno, porcino o aves de corral, de tal manera que esto acarrea el aumento de fauna nociva transmisora de infecciones, además a los animales domésticos se les permite el paso al interior de la casa.

Existen personas que tienen gran cantidad de perros que vagan por toda la localidad, al igual que los cerdos, son principalmente estos animales los que dispersan la basura que se encuentra acumulada en los tiraderos, siendo los transmisores principales de las parasitosis intestinales. No existe ningún tipo de control a este respecto; dos veces al año se cuenta con la campaña antirrábica, pero no todos los perros son vacunados.

En algunas comunidades hay canales de riego, los cuales a veces tienen poca agua que al permanecer estancada ocasiona su descomposición

51) SAN MARTIN, Hernán, Salud y Enfermedad, pag. 207

52) Ibidem., pag. 218

despidiendo un olor desagradable y atrae gran cantidad de moscos que también provocan molestias a la comunidad y fungen como vectores; y son pocas las veces que el municipio atiende los llamados mandando personal a fumigar.

#### 1.10.5 Vivienda y urbanización

La mayor parte de las construcciones en los tres módulos son de tabique y láminas, también las hay de piedra y adobe, incluso las hay de material no duradero, casi en su totalidad son particulares.

Se tiene gran tendencia a tener en un terreno grande, una pequeña casa, la cual consta de un solo cuarto donde generalmente viven familias de más de tres personas, además en ese cuarto es donde se duerme, se cocina y se come; por otra parte la iluminación y la ventilación con la que cuentan es insuficiente, pues tienen una sola ventana en el mejor de los casos y si no, la única entrada de luz es por la puerta, de tal forma que no hay buena ventilación.

"En condiciones de hacinamiento y de inmovilidad del aire, hay mayores facilidades para la transmisión por vías respiratorias de bacterias y virus, a través del mecanismo de Pflugger y del polvo en suspensión".(53)

Menos de la mitad de las comunidades de los tres módulos cuentan con drenaje, otras se encuentran haciendo las obras necesarias para la instalación de la red, el resto de las comunidades practica el fecalismo al aire libre y en menor proporción cuentan con letrinas, para la eliminación de excretas.

Las aguas residuales son arrojadas hacia el exterior, donde tienen ya

53) SAN MARTIN, Op. cit., pag. 215

trazado un pequeño canal por el cual circulan los desechos y van a parar a un lugar fuera de la comunidad, atrayendo fauna transmisora de enfermedades y dando un pésimo aspecto a la comunidad. Además muchos animales domésticos sacian su sed en esas aguas y muchas veces los niños encuentran agradable esta agua para jugar.

#### 1.10.6 Organización social

##### 1.10.6.1 Instituciones educativas

El nivel básico de estudios es la primaria completa, las 29 localidades cuentan con escuela primaria, sólo dos de ellas no tienen instrucción preescolar ya que no completan el número de alumnos en edad que se les solicita para que manden una educadora, por lo cual estos niños son mandados por sus padres a la primaria para que entren como oyentes. Sólo ocho localidades cuentan con telesecundaria, aquellos adolescentes que tienen la posibilidad de seguir estudiando acuden a la instrucción secundaria más cercanas a estudiar. Aunque se tenga la secundaria dentro de la localidad existen algunos factores que restringen al adolescente para que continúe su instrucción media, por ejemplo; la falta de recursos económicos, la oposición paterna y la no disposición del propio adolescente para continuar sus estudios principalmente. Las localidades más cercanas a Morelia son las que cuentan con estudios a nivel medio superior y superior, dada la cercanía con la ciudad, además el nivel de vida es más alto en comparación con las comunidades más retiradas.

##### 1.10.6.2 Instituciones médicas

En cada cabecera de módulo se encuentra un Centro de Salud, en Charo, Tarimbaro y Uruétaro. Sólo tres poblaciones tienen una casa de salud,

aunque no siempre hay médico que la atiende y eso hace ineficiente este servicio. Aproximadamente el 30% de la población total, se encuentra afiliada al INSS o ISSSTE, aunque en su mayoría acuden por la atención médica al Centro de Salud ubicado en Morelia u otros, o bien, al Hospital Civil, a particulares como: el Hospital de Nuestra Señora de la Salud y el Hospital del Sagrado Corazón, existen familias que si cuentan con recursos económicos para acudir a éstos.

Además cada comunidad del módulo cuenta con una persona que atiende a las necesidades de salud de la población en cuanto a la atención materno-infantil, atención al menor de cinco años, planificación familiar y actividades varias como: aplicación de inyecciones, visitas domiciliarias, prescripción de medicamentos y curaciones principalmente; a esta persona se le denomina auxiliar de salud; la cual cuenta con el apoyo de la supervisora de auxiliares de salud y la pasante de la Licenciatura en enfermería quienes realizan dos visitas por mes a cada población para supervisar, apoyar las actividades de la auxiliar, así como capacitarla y dotarle de medicamentos, métodos anticonceptivos y material de curación. Aparte participan en las campañas de vacunación con apoyo de los centros de salud cercanos. Casi en su totalidad las localidades tienen Comité de Salud, formados por gente de la misma comunidad que colaboran en las mismas actividades para el fomento de la salud, aunque su participación no es muy activa.

### 1.11 PROMOCION PARA LA PLANIFICACION FAMILIAR

Básicamente la promoción es la sensibilización de la población mediante la información, motivación y educación, es un trabajo de persuasión e influencia sobre otros. Promover es contribuir al progreso o crecimiento de algo, o de alguien. En el servicio de planificación familiar la promoción va dirigida hacia este programa así como la referencia a las unidades médicas que brinden el servicio.

La promoción puede realizarse de dos maneras:

- 1) Directa, que prácticamente es personal (visitas domiciliarias, por ejemplo).
- 2) Indirecta, tomando la forma de publicidad por medio de comunicación masiva.

Varios factores demuestran la necesidad e importancia de la promoción para una causa social como es la planificación familiar.

- En primer lugar, contribuye a provocar el cambio de comportamiento a nivel colectivo, necesario al propósito de que el crecimiento demográfico sea congruente con el crecimiento económico y social del país; a nivel individual, el enseñar a la gente como planificar su familia y donde obtener los métodos, el volver favorable su actitud hacia el programa y el inducir el cambio en su comportamiento haciendo que lo pongan en práctica.

- En segundo lugar, la promoción es el punto indispensable al aumentar la distancia física entre los encargados del programa en las diversas localidades y los usuarios, y al multiplicarse la cantidad de usuarios potenciales y alcanzables.

- En tercer lugar, la promoción puede combinarse con la distribución de manera que los promotores al concluir su labor de convencimiento y persuasión, la reafirmen entregando el método adecuado.

- En cuarto lugar, en el contexto de un plan de comunicación general, se puede diseñar y aplicar un programa de promoción específico para

cada uno de los diferentes grupos étnicos o culturales y para cada uno de los diferentes niveles socioeconómicos.

- En quinto lugar, la promoción puede constituirse en un canal de retroalimentación por el cual los responsables del programa de planificación familiar se enteren de la opinión y grado de satisfacción o disgusto de los usuarios, para corregir las políticas y acciones que sean necesarias. (54)

La planificación familiar fue un movimiento pionero iniciado, sostenido y llevado adelante por médicos.

Los programas de planificación familiar surgen como una necesidad imperiosa frente a problemas angustiantes, que requieren una rápida solución. Desde el drama del hijo no deseado y rechazado por sus padres, ya dentro del útero de donde es expulsado compulsivamente por el aborto, o fuera del útero, abandonado en su más tierna infancia; hasta el problema de la alta morbilidad materna e infantil, producida por la alta paridad.

Hicieron así, programas con un fuerte énfasis clínico y un discreto componente informativo y motivacional, pero con muy escasos componentes educativos.

Fueron largos años del uso de la frase "familia pequeña, familia feliz", como si el valor económico que lleva el trasfondo de este tema fuera suficiente para cambiar las pautas y valores culturales de la población.

Pero en los últimos años comenzaron a surgir una serie de estudios profundos en el campo de la comunicación que nos muestran algunos errores en los que se venían incurriendo.

Educación para preparar las próximas generaciones para una paternidad

54) NAGHI, Op. cit., pag. 186

consciente y responsable, es el rumbo nuevo.

Los servicios están ahí, los años de práctica e investigación médica demostraron que son buenos y que funcionan. La población debe ser informada de que existen, motivada para que los use y educarla para que no los abandone y los incorpore como parte de su comportamiento. (55)

Por razones de la influencia del ambiente social y la falta de conocimiento o ignorancia, la Fundación para el Estudio de la Población señala "hay que dar importancia a la creación de conciencia, a informar y educar a la población en general, acerca de la problemática, contenido y finalidades de la planificación familiar y poner especial énfasis en el desarrollo de las actividades educativas".

En la planificación familiar la teoría de la psicología social se ocupa del hecho de que la gente debido a su ignorancia no utiliza método alguno para espaciar el embarazo; de modo que mediante un programa de planificación familiar promocional, comunicativo y educacional, se podría cambiar el antiguo hábito de la gente.

#### 1.11.1 Proceso de comunicación

La comunicación consiste en transferir ideas desde una fuente para modificar la conducta de los receptores, y su propósito básico es influir en los demás y producir un cambio en la conducta de los individuos hacia quienes vaya dirigido.

El éxito de las organizaciones que se dedican a cambiar la conducta de la población hacia ciertos comportamientos deseables y programados (como es el caso de la planificación familiar), depende de la eficiencia de las comunicaciones en general y de la promoción en

55) GALLY, Esther, Sexualidad Humana y Planificación Familiar, pag. 175

particular. (56)

Es posible que el hecho de que, después de tantos años de esfuerzo y de tantos recursos invertidos, sea todavía tan alto el porcentaje de mujeres que no ha adoptado la planificación familiar, se deba por lo menos en gran parte, a que los mensajes que se les han hecho llegar han resultado inadaptados para las condiciones específicas de desarrollo social en las que se encontraban y aún se encuentran todavía algunas.  
(57)

Es esencial conocer al público a quien va dirigido el programa, conocer su actitud, su nivel socioeconómico, su lugar de residencia, sus preferencias etc., porque dicho conocimiento será base de la eficiencia respecto al mensaje que se vaya a enviar y a los medios de comunicación que se vayan a utilizar.

Una vez que se conozca a la audiencia y tenga definido el mensaje, estará en condiciones de escoger los medios eficientes para transmitirlo y serán aquellos que lo hagan llegar al mayor número de "prospectos reales" e influyan en su comportamiento de manera más eficaz y al menor costo posible.

Los más importantes tipos de medios publicitarios pueden dividirse en doce clases principales:

1. Periódicos.- de circulación nacional, de circulación local.
2. Revistas.- para el consumidor, industriales y comerciales, de servicio y profesionales, técnicas, agrícolas.
3. Televisión.
4. Radio.
5. Correo directo.
6. Anuncios exteriores.- carteleras, letreros.

56) NAGHI, Op. cit., pag. 187

57) GALLY, Op. cit., pag. 175



particular. (56)

Es posible que el hecho de que, después de tantos años de esfuerzo y de tantos recursos invertidos, sea todavía tan alto el porcentaje de mujeres que no ha adoptado la planificación familiar, se deba por lo menos en gran parte, a que los mensajes que se les han hecho llegar han resultado inadaptados para las condiciones específicas de desarrollo social en las que se encontraban y aún se encuentran todavía algunas. (57)

Es esencial conocer al público a quien va dirigido el programa, conocer su actitud, su nivel socioeconómico, su lugar de residencia, sus preferencias etc., porque dicho conocimiento será base de la eficiencia respecto al mensaje que se vaya a enviar y a los medios de comunicación que se vayan a utilizar.

Una vez que se conozca a la audiencia y tenga definido el mensaje, estará en condiciones de escoger los medios eficientes para transmitirlo y serán aquellos que lo hagan llegar al mayor número de "prospectos reales" e influyan en su comportamiento de manera más eficaz y al menor costo posible.

Los más importantes tipos de medios publicitarios pueden dividirse en doce clases principales:

1. Periódicos.- de circulación nacional, de circulación local.
2. Revistas.- para el consumidor, industriales y comerciales, de servicio y profesionales, técnicas, agrícolas.
3. Televisión.
4. Radio.
5. Correo directo.
6. Anuncios exteriores.- carteleras, letreros.

56) NAOMI, Op. cit., pag. 187

57) GALLY, Op. cit., pag. 173

7. Publicidad móvil.
8. Cine.
9. Publicidad punto de venta.
10. Novedades.
11. Envases.
12. Varios.- (programas, horarios, órganos caceros, anuarios, menús, registros, etc.). (58)

Algo importante e indispensable que no se debe de dejar pasar por alto, para llegar a diseñar programas de comunicaciones adecuadas y hacerlos llegar eficazmente al público, es el buen adiestramiento de los comunicadores para que comprendan la importancia de definir las condiciones culturales, sociosicológicas y socioeconómicas, y otros factores que puedan impedir la adopción de la planificación familiar en cada comunidad.(59)

#### 1.11.2 Promoción de la orientación sexual y planificación familiar

El prestador de servicios que participa en el programa de planificación familiar, en las diversas instituciones del sector salud, realiza también actividades de promoción que tienen como objetivo brindar a la población información necesaria para que tomen las decisiones acerca del número y espaciamiento de sus hijos, con el conocimiento más completo posible de como lograrlo. De igual forma como se ha venido desarrollando esta actividad a la población en edad fértil y por las complejas implicaciones sociales y de riesgo para la salud que se pueden presentar en el adolescente ante un embarazo, se hace necesario

58) NAOMI, Op. cit., pag. 188-191  
59) GALLY, Op. cit., pag. 170

integrar a los programas de planificación familiar acciones dirigidas a este grupo de población, mismas que permitan orientar sobre aspectos relacionados con la sexualidad y la planificación familiar.

No se debe olvidar que si se desea tener éxito en las actividades de difusión en orientación sexual y planificación familiar en la adolescencia, es importante realizar también actividades de promoción con todo el personal de salud, padres de familia, maestros de escuela, población adolescente y jóvenes.

El éxito de los servicios de planificación familiar se da en gran medida con la ejecución de la promoción del programa en forma cuidadosa y constante, contribuyendo a la salud pública, no obstante, cabe mencionar que la creencia generalizada de considerar inadecuado proporcionar información, orientación y, más aún, servicios de planificación familiar a los adolescentes solteros, se origina probablemente por las posibles complicaciones que se pueden suscitar con los familiares de éstos, o bien, por considerar que esto implica una aceptación tácita de la actividad sexual prematrimonial, fomentada al reducir el temor al embarazo; sin embargo existen suficientes evidencias sobre las nocivas consecuencias sociales y un aumento considerable de los riesgos de salud ocasionados por diversas complicaciones durante el embarazo en las adolescentes que no usan un método anticonceptivo. Por lo antes expuesto, se hace necesario que las instituciones del sector salud (IMSS, ISSSTE, DIF y SS) y otros organismos del sector público y privado, relacionados con el programa de planificación familiar, implanten e intensifiquen las acciones de promoción del programa, que respondan a las características del adolescente, y se mantenga una actitud responsable ante su orientación, ya que se tiene una responsabilidad adicional con ellos. (60)

**2. RESULTADOS**

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

## 2. RESULTADOS

Al finalizar la tabulación de los datos se obtuvo que la edad más frecuente entre las entrevistadas que usan un método anticonceptivo está entre los 25-29 años con un 24.4%, a los rangos de 20-24 y 30-34 años les corresponde un 22.5%, el 8.8% tiene entre 15-19 años y el 4.3% tiene de 45-49 años.

Para las mujeres no usuarias de 20-24 años les corresponde un 23.1%, con un 19.4% tenemos a las mujeres de 25-29 años, el 13.6% tienen entre 30-34 años, el 9.3% tiene de 15-19 años y el 0.3% son menores de 14 años.

La distribución de usuarias y no usuarias es más uniforme entre las edades de 20 a 34 años, edad en la que es más fácil modificar las ideas que tienen estas mujeres sobre la planificación familiar. La mayor parte de las usuarias se encuentran entre estas edades, adecuadas para el uso de anticonceptivos.

En las no usuarias existe una mayor proporción de mujeres entre los 35 y 49 años en comparación con las usuarias, distinguiendo a estos grupos por ser más difíciles para modificar su pensamiento acerca de la utilización de los métodos contraceptivos. Pues durante la promoción que se realizaba sobre planificación familiar se mostraban más renuentes para aceptarlos. (ver cuadro 1, pag. 103)

En cuanto al estado civil encontramos que el 99.4% de las usuarias son casadas y el 0.6% viven en unión libre. El 97.5% de las no usuarias también son casadas y el 2.5% viven en unión libre.

Dadas las condiciones costumbristas de las comunidades rurales, más del 90% de los dos grupos de mujeres entrevistadas (usuarias y no usuarias) están casadas, condición que brinda un status socioeconómico más estable y una aceptación inmediata por parte de la comunidad.

Es muy bajo el porcentaje de aquellas que se encuentran en unión libre, existiendo un mínimo de diferencia en las no usuarias ya que éstas son

las que cuentan con más mujeres unidas en comparación con las usuarias. Nos llamó la atención que la mayoría de las parejas acostumbran vivir un tiempo juntos antes de casarse, es probable que por eso las mujeres que viven en unión libre eviten utilizar algún método anticonceptivo, ya que se pudo observar que en esta área es común que no retrasen la llegada del primer hijo. (ver cuadro 2, pag. 105)

En lo que corresponde a la religión de las usuarias predomina notablemente la católica con un 96%, siguiendo la evangélica con un 3.1%, el 0.6% representa a quienes no pertenecen a ninguna religión y el 0.3% restante son testigos de Jehová. En cuanto a las no usuarias tenemos que la religión católica ocupa un 93.5%, la evangélica un 5.3%, existiendo también en este grupo quienes dicen no tener religión con un 1.2%.

En los dos grupos entrevistados la religión que predomina es la católica, la cual se opone a la planificación familiar y al uso de algunos métodos anticonceptivos, pero esto no ha influido en las mujeres usuarias, ya que incluso existe un mayor número de católicas en este grupo. Le continúa la religión evangélica, la cual al igual que los testigos de Jehová consideran que el control natal constituye un asunto de carácter totalmente personal, sin embargo nos encontramos con que es mayor el número de mujeres evangelistas que no usan métodos anticonceptivos, esto se debe a que hay un choque entre los católicos y los evangelistas, debido a la diferente forma de concebir su religión, esto provoca poca convivencia entre ellos y su acercamiento con los servicios de salud que se prestan en la comunidad es mínimo.

La religión es una parte indispensable en la cultura de una sociedad, pues rige el comportamiento de los individuos por medio del establecimiento de normas, por lo cual llama la atención que aunque pocas, pero existen mujeres en ambos grupos que no tienen religión. (ver cuadro 3, pag. 106)

La ocupación de las mujeres usuarias que más predomina es el hogar con

un 97.5%, habiendo con menor porcentaje la de comerciante en 1.9%, costurera y profesora con un 0.3% respectivamente. De las mujeres no usuarias el 99.4% se dedica al hogar, el 0.3% se ocupa en la costura y en el comercio.

En los dos grupos la principal ocupación de estas mujeres es el hogar, existiendo una pequeña diferencia en las no usuarias siendo mayor su porcentaje. En cambio en las usuarias hay un aumento en el número de mujeres económicamente activas.

La participación de las mujeres en actividades económicas influye en cierta medida para que haya mayor aceptación de la planificación familiar, de esta manera disminuye la fecundidad, pues las funciones económicas son menos compatibles con la procreación, ya que el tener un número elevado de hijos conlleva a más responsabilidades y reduce el tiempo para dedicarse a otra actividad. El trabajo les permite ser más independientes, cambiando la idea tradicionalista de que la mujer se debe a su hogar y a sus hijos, fomentando su desarrollo personal y autoestima. Dado que en el área rural es más notable la marginación de la mujer que en el área urbana. (ver cuadro 4, pag. 107)

De la escolaridad de las mujeres usuarias el 47.2% tiene la primaria incompleta, el 30.9% si la terminó, el 7.7% terminó la secundaria, y un 5.9% son analfabetas, encontramos que un 3.7% tiene carrera técnica y un 0.3% carrera profesional. Mientras que las no usuarias no tienen la primaria completa en un 53.7%, el 29% si la terminó, un 6.8% es analfabeta, el 4.8% terminó la secundaria y sólo el 1.9% representa a quienes tienen una carrera técnica.

De ambos grupos las mujeres usuarias son las que cuentan con mayor instrucción. Esto nos hace ver que la educación desempeña un papel importante en la forma en que la mujer percibe su realidad, a mayor instrucción las expectativas de vida son encaminadas hacia el progreso económico y el desarrollo personal, y de esta manera pueden valorar los beneficios de planear el número y espaciamiento de los hijos. En cambio

un nivel más bajo de educación no les permite efectuar cambios significativos en el tipo de comportamiento y en su forma de vida. (ver cuadro 5, pag. 108)

En cuanto al ingreso económico mensual de las mujeres usuarias para el gasto familiar es de N\$ 200-290 en un 22.8%, de N\$ 400-490 en un 22.5%, el 14.2% recibe de N\$ 600-690, habiendo un 4% que recibe más de N\$ 1000 y sólo el 1.6% recibe N\$ 100 o menos. En cambio el 24.4% de las mujeres no usuarias recibe N\$ 400-490, el 16.4% recibe N\$ 200-290, un 12.3% recibe de N\$ 600-690, mientras que el 2.5% recibe N\$ 100 o menos y el 2.1% recibe N\$ 700-790.

Existe un leve aumento en el ingreso de las no usuarias debido a que algunos hombres emigran a los E.U., en busca de mejores ingresos. De hecho cerca del 25% de ambos grupos percibe entre N\$ 400-490 mensuales, ingreso que apenas permite hacer un gasto elemental y cubrir sus necesidades de alimentación de manera deficiente, tomando en cuenta que la mayoría de ellas tienen más de tres hijos y además tienen que cubrir necesidades de vestido, educación entre otras.

Otro factor que interviene en la diferencia de ingresos es que las parejas de las mujeres usuarias trabajan como eventuales en diferentes actividades como el campo, de peones, albañiles, cargadores, cobradores etc. y su ingreso depende del tiempo que trabajen. (ver cuadro 6, pag. 109)

En el grupo de las usuarias, la principal fuente de ingresos la constituye el esposo o padre de familia en un 90.4%, en un 3.7% el aporte es por el padre e hijos, ambos cónyuges colaboran con un 2.8%, existe una leve ayuda sólo por parte de los hijos con 1.6%, la mujer en un 0.3% es quien sostiene su hogar; con 1.2% encontramos que son los papás de ella o de él quienes aportan o hay algunas mujeres que tienen tienda y toman de ella lo que les es necesario. En el grupo de las no usuarias disminuye el porcentaje del esposo a un 86.7%, en este caso ambos colaboran un poco más con 4.3%, también hay mayor colaboración



por parte de otras personas (ya mencionadas anteriormente) en un 4%, el padre o hijos con 3.1%, los hijos con 1.6% y la esposa con 0.3%.

Una de las características de la zona donde se realizó el estudio es que el integrante de la familia que se encarga del ingreso económico es principalmente el esposo o padre de familia, ya sea que él solo aporte el dinero o reciba ayuda de algún otro miembro de la familia como su esposa o sus hijos,

Generalmente los demás miembros sólo colaboran mínimamente al gasto familiar, como en el caso de la colaboración de los hijos, la cual no es representativa para afirmar que los padres delegan a sus hijos la responsabilidad de satisfacer las necesidades económicas de la familia, puesto que ellos ya cumplieron con esta tarea mientras sus hijos dependieron de ellos. (ver cuadro 7, pag. 110)

El material de construcción predominante en los muros de las viviendas de las usuarias es el tabique con un 43.2% el techo de estas casas es generalmente de lámina, el 20.1% de las construcciones es de concreto, el 16.7% son de adobe las cuales también tienen sus techos de lámina ya sea de asbesto o cartón, igual que las de piedra, éstas se encuentran representadas por un 10.5%, las hay de madera en un 5.5%, existen otros materiales en un 4% como lámina de cartón, plástico, cartón, costera etc. Comparando con el grupo de las no usuarias el tipo de material que predomina en los muros también es el tabique pero en menor proporción, en este caso es el 39.2%, le continúa en orden de frecuencia las viviendas de adobe con el 24.4%, sólo el 16% son de concreto, el 13.6% son de piedra, las de madera están representadas por un 4.6%, existen también casas con diferentes materiales en sus muros en un 2.2%.

Se pudo observar que de las casas de mejor construcción hay una mayor diferencia en las usuarias pues las casas de material menos duradero son más frecuentes en las no usuarias, lo cual nos refiere que las mujeres usuarias están en mejores condiciones de vivienda a pesar de la diferencia de los

por parte de otras personas (ya mencionadas anteriormente) en un 4%, el padre e hijos con 3.1%, los hijos con 1.6% y la esposa con 0.3%.

Una de las características de la zona donde se realizó el estudio es que el integrante de la familia que se encarga del ingreso económico es principalmente el esposo o padre de familia, ya sea que él solo aporte el dinero o reciba ayuda de algún otro miembro de la familia como su esposa o sus hijos,

Generalmente los demás miembros sólo colaboran mínimamente al gasto familiar, como en el caso de la colaboración de los hijos, la cual no es representativa para afirmar que los padres delegan a sus hijos la responsabilidad de satisfacer las necesidades económicas de la familia, puesto que ellos ya cumplieron con esta tarea mientras sus hijos dependieron de ellos. (ver cuadro 7, pag. 110)

El material de construcción predominante en los muros de las viviendas de las usuarias es el tabique con un 43.2% el techo de estas casas es generalmente de lámina, el 20.1% de las construcciones es de concreto, el 16.7% son de adobe las cuales también tienen sus techos de lámina ya sea de asbesto o cartón, igual que las de piedra, éstas se encuentran representadas por un 10.5%, las hay de madera en un 5.5%, existen otros materiales en un 4% como lámina de cartón, plástico, cartón, costera etc. Comparando con el grupo de las no usuarias el tipo de material que predomina en los muros también es el tabique pero en menor proporción, en este caso es el 39.2%, le continúa en orden de frecuencia las viviendas de adobe con el 24.4%, sólo el 16% son de concreto, el 13.6% son de piedra, las de madera están representadas por un 4.6%, existen también casas con diferentes materiales en sus muros en un 2.2%.

Se pudo observar que de las casas de mejor construcción de acuerdo a el tipo de material de construcción hay una mayor diferencia en las usuarias pues las casas de material menos duradero son más frecuentes en las no usuarias, lo cual nos refiere que las mujeres usuarias están en mejores condiciones de vivienda a pesar de la diferencia de los

salarios.

Hay muy pocas casas de concreto bien terminadas, en cuanto a piso, iluminación y electrificación. Existe una proporción aceptable de viviendas levantadas adecuadamente, como lo son las de tabique, las cuales constituyen una habitación más estable, por el tipo de material del cual están hechas, a comparación de aquellas que son de adobe o de piedra, pues las de adobe deben estar restaurándose con regularidad ya que existe cierto desgaste debido a las condiciones climáticas y según el tiempo que tengan de elaboración, generalmente estas casas tienen techos de lámina de cartón o de teja, que tampoco soportan algunas épocas del año, condiciones no óptimas para los moradores de la casa, además estas casas en su mayoría no tienen piso, el terreno en el interior de la casa se encuentra muy accidentado y hay mucha tierra suelta. Por otra parte las viviendas en ocasiones sólo cuentan con una ventana pequeña y a veces no tienen, por lo cual tienen muy mala iluminación y ventilación, factores que sumados a lo que se mencionó anteriormente favorece la transmisión de enfermedades. (ver cuadro 8, pag. 111)

En lo referente al número de cuartos, tenemos que en el grupo de las usuarias en un 38.3% tienen dos cuartos, el 25.9% tiene sólo uno, el 19.8% cuenta con tres cuartos, el 11.1% cuatro y el 4.9% tiene cinco o más. En el grupo de las no usuarias el primer lugar también lo ocupan aquellas casas con dos cuartos en un 42%, el 22.2% tiene un cuarto, el 19.4% tiene tres, el 9% cuenta con cuatro y el 7.4% cuenta con cinco o más.

Aunque las diferencias son mínimas puede observarse que hay un ligero aumento en el número de cuartos (entre 2 y 3 ó más de 5 cuartos) en las viviendas de las no usuarias, esto es consecuencia por una parte porque los esposos de estas señoras acuden más a los E.U. y traen ingresos superiores a los de los hombres que trabajan en su lugar de origen, lo cual les permite levantar más de un cuarto, de tal forma que se limita

el hacinamiento y la transmisión de enfermedades, aunque no todos sus ingresos son utilizados en la vivienda.

Hay un porcentaje importante, aproximadamente el 25% en ambos grupos de mujeres en que su vivienda se compone de un solo cuarto, además observamos que normalmente estas habitaciones se encuentran en muy malas condiciones físicas e higiénicas y son más de tres personas las que viven ahí, con el mobiliario más indispensable. (ver cuadro 9, pag. 112)

Existe una diferencia importante en el número de habitantes en las casas de ambos grupos de mujeres, podemos observar que en el grupo de las usuarias el 22.2% corresponde a cinco personas por casa, el 19.1% a cuatro, el 6.2% y 5.6% corresponden a ocho y más de diez respectivamente, dos habitantes por casa están representados por 1.9%. En el grupo de las no usuarias, en una vivienda habitan cuatro personas en un 17.9%, habitan cinco en un 14.5%, en un 10.2% viven ocho, el 5.6% pertenece a más de diez, pero en este grupo el 6.7% representa a sólo dos habitantes en una vivienda.

Aproximadamente el 40% de cada grupo tiene más de cinco habitantes en su vivienda, lo cual corresponde a que más del 30% de las mujeres entrevistadas tienen entre 35-49 años (principalmente las no usuarias) situación en donde sólo viven con los padres los hijos más pequeños pues aquellos que tienen entre 15-19 años generalmente ya salieron de la casa paterna (para casarse o para irse a los E.U.).

En el grupo de las no usuarias hay una distribución semejante de frecuencias en casi todos los rangos que presentan, desde dos hasta diez y más, esto nos indica que esta población tiene un nivel de fecundidad diferente a las del grupo de las usuarias, pues éstas tienen sus más altos porcentajes entre los rangos de tres y cinco habitantes. (ver cuadro 10, pag. 113)

El 63.3% de las mujeres usuarias han contraído matrimonio entre los 15-19 años, el 26.9% entre los 20-24 años, aquellas que contrajeron

nupcias entre los 25-29 años constituyen sólo el 4.9% y el 4% corresponde a quienes se casaron antes de los 14 años. El 64.8% de las no usuarias igualmente se unieron entre los 15-19 años, el 26.9% entre los 20-24 años, el 4% entre los 25-29 años y el 2.5% corresponde a aquellas casadas antes de los 14 años.

Son las usuarias quienes cuentan en mayor proporción con más instrucción que las no usuarias. De esta forma podríamos suponer que las usuarias contraieron matrimonio en edad adulta, pero se conoce de sobra que en las áreas rurales existe la costumbre de contraer nupcias a temprana edad, de todas las entrevistadas más del 60% (de cada grupo) contrajo matrimonio antes de los 14 y hasta los 19 años de edad; por lo cual, en este caso el nivel de educación no ejerce ninguna influencia en la edad para contraer nupcias en estas mujeres, lo que comprueba que la instrucción básica en el área rural no desempeña un papel igual de importante que en la población urbana. Pues observamos que muchas de las entrevistadas de ambos grupos a pesar de tener la primaria completa, tienen mucha dificultad para leer o escribir frases largas e incluso hasta para comprender una pregunta. (ver cuadro 11, pag. 114)

En lo que corresponde al número de hijos que tienen las encuestadas, podemos observar que el mayor porcentaje en las usuarias corresponde a las que tienen tres hijos con un 22.8%, siguiendo las que tienen dos hijos con un 20.4% y las que tienen un hijo con un 18.5%, encontramos que sólo 1.5% tienen nueve hijos pero el 3.1% tiene diez hijos o más; en el caso de las no usuarias las que tienen dos hijos ocupan el 16.3%, las que tienen sólo un hijo el 15.7% y las que tienen seis hijos están representadas por 11.1% siendo estos los mayores porcentajes, el 1.8% tiene nueve hijos y las que tienen diez hijos o más son representadas por el 6.5%.

Esto nos habla de que alrededor de las dos terceras partes de las mujeres usuarias tienen menos de cuatro hijos, cifra significativa que nos permite observar que estas señoras están más conscientes de las

ventajas de tener pocos hijos dadas las condiciones en que viven; aunque en este mismo grupo hay mujeres que tienen más de cinco hijos y hasta más de diez, muchas de ellas empezaron su control de fecundidad después de tres o cuatro hijos.

En las no usuarias los principales factores que afectan la paridad de estas mujeres son el contraer matrimonio muy jóvenes, la falta de instrucción, la influencia numérica de la familia de la cual provienen, esto provoca que su reproducción comience a temprana edad, teniendo la posibilidad de tener un gran número de partos durante el resto de su vida fértil, además la ignorancia y la contribución de su ambiente social colaboran hacia la no utilización de algún método anticonceptivo por lo que es más probable que seguirán teniendo hijos. (ver cuadro 12, pag. 115)

El número deseado de hijos por las usuarias es tres hijos en un 34%, el 26.9% desea o deseaba cuatro hijos, el 15.8% sólo dos hijos, el 11.6% hubiera deseado tener de seis hasta más de diez hijos. Para las mujeres no usuarias el número deseado de hijos es tres hijos en un 29%, cuatro en un 21.9%, el 21.6% hubiera deseado más de seis hijos y el 18.8% sólo dos hijos.

Aquí vemos que tanto usuarias como no usuarias coinciden en el deseo de tener o haber tenido menos de cinco hijos, llegando al extremo de no querer tener ninguno (aunque son pocas). Esto nos hace preguntarnos por qué las señoras siguen teniendo hijos; es indudable que el medio social en el cual se desenvuelven es determinante en su alta paridad, aunque existen otros factores como: contraer matrimonio muy jóvenes, falta de instrucción, influencia familiar, en algunos casos la religión principalmente. (ver cuadro 13, pag. 117)

Para las mujeres usuarias los hijos significan: todo, lo más importante en un 29.8%, responsabilidad en un 14.5%, el 12.9% manifestó que los hijos son la unión del matrimonio, para el 10.5% significan la realización de la mujer, para el 7.4% son algo bonito, encontrándose

con menores porcentajes quienes respondieron que: son una bendición, cariño y amor, ayuda, apoyo, compañía y con un 2.1% están aquellas para quienes los hijos representan problemas y para quienes no supieron expresar el significado de un hijo. Para un 28.7% de las mujeres no usuarias los hijos son todo, lo más importante, para el 17.3% los hijos representan la unión del matrimonio, un 11.7% opina que son cariño y amor, un 10.5% responsabilidad y para el 8% los hijos son la realización de la mujer; el 0.9% piensa que los hijos son un problema. El significado de los hijos para algunas mujeres de los dos grupos es algo muy importante, el tener hijos es por satisfacción emocional, simplemente por sentir cariño hacia los niños, existe una motivación desinteresada. Sin embargo nos encontramos con mujeres que están convencidas de que su deber es tener hijos, aunado a esto tenemos que el tener muchos hijos lo consideran en el hombre como prueba de virilidad.

Durante la realización del servicio social algunas mujeres nos comentaron que el no planear su familia aunado a su nivel de vida tan precario hace que el tener un hijo implica muchos problemas, de ahí el deseo de algunas de no haber tenido hijos, pero como ya se mencionó el mismo contexto social en el que viven las obliga a seguir la tradición familiar de tener varios hijos, ya que en estos lugares una mujer que no tiene o no puede tener hijos es considerada como una mujer inútil, que no sirve, sin tomar en cuenta que el valor de una mujer como ser humano no depende de su fecundidad. (ver cuadro 14, pag. 119)

El sexo preferido para los hijos de las mujeres en control anticonceptivo, es en un 77.5% de ambos sexos y 79.9% en las mujeres no usuarias. El sexo masculino es preferido por las usuarias en un 10.5% y 9.9% por las no usuarias y el femenino es deseado en un 12% y un 10.2% respectivamente.

Hay preferencia en tener hijos de ambos sexos pues piensan que una familia se complementa al tener niños y niñas; por el hecho de buscar

hijos de los dos sexos, es como en muchas de las ocasiones tienen un gran número de hijos; algunas mujeres desean tener varones argumentando que ellos son quienes sufren menos o porque es el deseo de su esposo, y las que desean tener mujeres dicen que las niñas son más fáciles de manejar, además de que son más cariñosas, reciben más ayuda de ellas en el hogar y en el aspecto emocional.

Los esposos prefieren tener hijos varones como prueba de hombría sobre todo el primogénito, cuando se da el caso que tienen más mujeres que hombres o sólo mujeres culpan a su esposa. Los niños son educados de la misma manera que fue educado el padre, no colabora en tareas ni trabajo dentro del hogar, en este medio los hijos se consideran útiles después de los diez años de edad, se dedican a trabajar en el campo y debido al ambiente en que se desenvuelven, condiciona que empiecen a fumar e ingerir bebidas alcohólicas, ya que en esta zona el índice de alcoholismo es elevado.

En cuanto a las hijas, éstas sólo permanecen en su casa ayudando a la madre en los quehaceres del hogar y atender a los hombres de la casa. (ver cuadro 15, pag. 120)

En el grupo de las usuarias, ambos cónyuges deciden el número de hijos en un 87.3%, en un 9.9% él es quien lo decide y sólo en 2.8% lo decide ella. En el grupo de las no usuarias, la decisión es en pareja en un 78.1%, él lo decide en un 14.8% y ella en 6.2%; en 0.9% hay intervención de otras personas que suelen ser la familia del esposo.

La decisión del número de hijos en su mayoría es tomada por ambos cónyuges tanto en usuarias como en no usuarias, en menor proporción es el hombre quien decide y la participación de la mujer es mínima, se aprecian cambios en las normas establecidas en la población ya que esta decisión es algo que no compete a un solo cónyuge pues para la llegada de los hijos es necesaria la intervención de ambos, de ahí la importancia de que no intervengan terceras personas en esta determinación, así como en la de utilizar algún método anticonceptivo. (ver cuadro 16, pag. 121)



El 51.9% de las usuarias piensa que la planificación familiar es para mejorar el bienestar de la familia, el 21.3% considera que es para tener los hijos que se deseen, el 0.6% no sabe que utilidad pueda tener y el 0.3% opina que no sirve y que hacen daño. Las no usuarias piensan que mejora el bienestar de la familia en 40.4%, para tener los hijos que se deseen en 25%, el 7.4% opina que no sirve y que hacen daño y el 3.1% cree que sirven para espaciar los embarazos.

Tenemos entonces que tanto usuarias como no usuarias en su mayoría tienen una opinión positiva sobre la utilidad de la planificación familiar; pues piensan que ésta mejora el bienestar de la familia, que se tienen los hijos que se desean y se espacian los embarazos, principalmente.

Sólo una pequeña proporción de las no usuarias cuentan con información inadecuada ya que mencionan que la planificación sirve para ya no tener hijos, que no sirve y que hace daño; hemos de mencionar que hay gente que al controlarse por su cuenta ha utilizado mal los anticonceptivos no obteniendo de ellos el efecto deseado, provocándose algunos problemas, son estas personas quienes se encargan de difundir información distorsionada sobre los métodos anticonceptivos. Pesa mucho la opinión que algunos hombres tienen sobre la planificación familiar en la decisión de algunas mujeres para controlar su paridad. Encontramos también mujeres que no saben que utilidad tiene la planificación familiar, sobre todo no usuarias. (ver cuadro 17, pag.122) En cuanto a la opinión que tienen los maridos de las mujeres usuarias sobre la planificación familiar se encontró que un 38.3% opina que es útil, que es lo mejor, el 7.7% no está de acuerdo porque hace mal, el 3.1% se muestra apático ya que no platican sobre este asunto y el restante 0.6% ambos cónyuges no están de acuerdo. El 41.7% de los compañeros de las no usuarias opinan que la planificación familiar es algo útil, consideran que está bien; el 26.9% no habla del tema, el 25.9% no está de acuerdo, el 4% la mujer es la que no está de acuerdo y

el 1.5% ninguno de los dos cónyuges la acepta.

Es notable que cerca del 90% de los compañeros de las mujeres usuarias aceptan positivamente la planificación familiar, si recordamos que gran parte de la población que se entrevistó es gente joven y si también tomamos en cuenta la proporción de los esposos de las mujeres no usuarias que la aceptan podemos deducir que se pueden lograr cambios en la actitud del hombre hacia la aceptación de los métodos anticonceptivos; pues existen aún muchos hombres que no aceptan o se muestran indiferentes hacia la planificación familiar, lo cual es más representativo en los compañeros de las mujeres no usuarias, donde también encontramos que hay mujeres que no la aceptan, de tal forma que retomamos que la inadecuada información o la falta de orientación sobre el tema y la desaprobación de los demás miembros de su comunidad contribuyen importantemente a que la planificación sea algo inadmisibles para estas personas. (ver cuadro 18, pag. 124)

En lo tocante a la opinión de la familia de las usuarias sobre la planificación el 50.3% piensa que esta bien, el 24.1% no acostumbra platicar de este asunto con su familia, el 11.4% no está de acuerdo porque es pecado, el 9.9% no conoce la opinión de su familia al respecto y el 3.4% no está de acuerdo ya que consideran que hace daño. que los métodos anticonceptivos provocan enfermedades.

La planificación familiar es apreciada como algo bueno por el 46% de las familias de las no usuarias, el 25.6% no platican sobre el tema, el 15.1% no saben del parecer de su familia, el 11.1% no está de acuerdo porque es pecado tampoco el 2.2% porque los anticonceptivos provocan problemas de salud.

Existe gente mayor que acepta la planificación, incluso algunos nos hacen referencia de que si en sus tiempos esto hubiese estado más a su alcance, tal vez no hubiesen tenido tantos hijos, habrá que recordar que a principios de los años setenta aún no estaba permitido anunciar los métodos anticonceptivos, ni su venta sin receta médica, además las

ideas con respecto a la planificación (en ese entonces) eran rechazadas resultando que en la mayor parte de las parejas se empeñaban en tener una familia numerosa sobre todo cuando sus hijos no nacían vivos o morían en los primeros meses de vida.

Es notorio que en esta zona, la planificación no constituye un tema de conversación común y corriente, ya que se considera un asunto inadecuado o falta de respeto hacia los padres. Resulta obvio que las creencias religiosas y los conceptos culturales que se oponen a la planificación familiar se encuentran más arraigados en las personas mayores y son más difíciles de persuadir para que acepten el cambio en el modo tradicional de vida. Asociada a esto, la propagación de información distorsionada acerca de los métodos anticonceptivos, limita aún más su aceptación por parte de los familiares (principalmente por sus padres) de estas mujeres.

Aunque hubo quienes mencionaron que la decisión que tomen los hijos con respecto a planear o no su familia es algo muy aparte de la opinión de sus padres, por lo cual no deben inmiscuirse. (ver cuadro 19, pag. 126) En cuanto al número de hermanos que tienen las usuarias tenemos que el 16.7% cuenta con 8 hermanos, el 12.7% con 9 hermanos y el 11.4% con 7 hermanos, siendo estos los mayores porcentajes; tenemos que el 0.6% tiene un solo hermano y otro 0.6% no tiene hermanos. Del número de hermanos de la pareja tenemos que el 15.7% tiene 8 hermanos, el 14.5% cuenta con 7 hermanos, el 12.4% con 6 hermanos y con un 0.3% se encuentran los que tienen más de 16 hermanos.

De las mujeres no usuarias encontramos que el 14.5% tiene 7 hermanos, un 13.9% cuenta con 6 hermanos, el 11.7% con 8 hermanos y 0.6% tienen 15 y más de 16 hermanos, respectivamente. En cuanto a sus esposos el 14.8% de ellos tienen 7 hermanos, el 12.4% tienen 9 hermanos, el 11.1% tiene 6 hermanos y un 0.3% cuenta con más de 16 hermanos.

Anteriormente el tamaño de la familia era algo de lo que no había que preocuparse ya que el hecho de cumplir con la promesa de tener los

hijos que Dios mandara estaba más presente, pues en ese entonces la religión pesaba más en las costumbres que ahora, actualmente podemos ver reflejado esto en muchas familias, pues la mitad de las mujeres entrevistadas y su pareja, tanto usuarias como no usuarias tienen entre 6 y 9 hermanos, lo cual en algunas parejas de ahora es un factor que tiene cierto grado de influencia en la decisión del tamaño de su propia familia.

Aquellas parejas que sufrieron por haber sido muchos, deciden tener pocos hijos, existen otros que desean preservar la costumbre de tener muchos hijos para obtener ayuda y compañía por más tiempo. (ver cuadros 20A y 20B, pag. 127 y 128)

De la opinión que se obtuvo en cuanto a la influencia de la religión en la utilización de los métodos anticonceptivos tenemos que el 59.9% de las mujeres usuarias piensan que la religión no influye en la decisión de la pareja para planear su familia, el 25.3% responde que no sabe si hay influencia, el 14.8% piensa que si influye; de las mujeres no usuarias el 51.8% opina que no influye, el 27.8% no sabe y el 20.4% dice que si influye.

Así podemos observar que de las usuarias que opinan que no influye la religión en la planificación son más que las no usuarias que opinan lo mismo, y de las que opinan que si influye la cantidad mayor corresponde a las no usuarias; esto nos dice que la religión es un factor que condiciona más a las no usuarias para no utilizar los métodos pues para las usuarias no representa un obstáculo a pesar de que algunas de ellas piensan que la religión si influye.

La religión siempre ha tenido influencia sobre el comportamiento de las personas en el desarrollo de su vida familiar, se dice que según su grado de religiosidad es su grado de influencia sobre su comportamiento, lo cual se puede ver todavía en algunas familias, sobre todo en el medio rural, quienes interponen la religión (los católicos) como escudo para no aceptar que su situación respecto a su modo de vida

se puede mejorar respondiendo a la atención que en la actualidad se está prestando con mayor interés a mantener la salud materno-infantil, y en cierta medida el bienestar de la familia. Pero realmente más de la mitad de la población que entrevistamos está consciente de que hoy en día es imposible pasar por alto muchos factores que influyen en el bienestar de la familia, además muchos de ellos consideran que su religión no les va a satisfacer sus necesidades y que la planificación familiar es decisión de la pareja.

Algunas mujeres opinan que deben respetar la promesa que se hace al casarse, de aceptar todos los hijos que Dios les dé. Existen también mujeres que no saben si la religión tiene alguna influencia sobre la decisión de la pareja de planificar o no, con esto constatamos que la mayor parte de los católicos desconoce total o parcialmente las normas que rige su religión ya que no comulgan, no asisten a misa, no se confiesan, de tal manera que a la religión sólo le dan importancia cuando les conviene. (ver cuadro 21, pag. 129)

En cuanto al conocimiento de métodos anticonceptivos tenemos que el 92% de las mujeres usuarias y el 80.9% de las no usuarias si los conocen, el 8% de las usuarias y el 19.1% de las no usuarias no los conocen, se encontró que si hay diferencia entre los dos grupos de mujeres en cuanto a conocimiento siendo mayor el de las mujeres usuarias, pero llama la atención que dentro del grupo de las usuarias haya algunas que a pesar de utilizarlos no tenga una información previa ya que se tiene el derecho de estar educadas y orientadas sobre los métodos antes de utilizarlos. Algunas usuarias nos comentaron al respecto que no los conocen porque sin autorización les fue colocado el dispositivo intrauterino durante el puerperio inmediato, y cuando se les avisa o se dan cuenta piden que se les retire y se niegan a hacerlo, por lo que en realidad la institución busca el control natal y no la planificación ya que no respeta el concepto de planificación familiar.

Es determinante que al no tener una información, orientación y

motivación respecto al uso de métodos anticonceptivos las mujeres no acepten su uso, o éste sea inadecuado, provocándoles problemas posteriores. (ver cuadro 22, pag. 131)

NOTA: Durante la entrevista que se les realizó a usuarias y no usuarias se les pidió que mencionaran un método contraceptivo y su forma de uso, de tal forma que se dividió cada grupo en las que si saben (aquellas que respondieron correctamente a toda la pregunta) y las que no saben (aquellas que mencionaron un método sin saber como se usa o no respondieron).

En el grupo de las usuarias el 37% saben como se utilizan los hormonales orales, el 17% conoce bien los hormonales inyectables y sólo el 0.3% saben acerca de la OTB y del ritmo. En este mismo grupo el 9.9% mencionó el DIU pero no saben como funciona, el 7.1% conoce las pastillas pero no saben como se usan, el 0.3% menciona el ritmo sin conocerlo y el 6.2% no los conoce.

Del grupo de las no usuarias que respondieron correctamente, el 18.2% sobre las pastillas, el 14.2% sobre las inyecciones y el 0.3% sobre los óvulos. De las que no respondieron correctamente sobre el modo de uso, el 15.7% sobre las pastillas el 4.3% sobre el dispositivo, el 0.3% sobre el ritmo, OTB y óvulos y el 29.3% no los conoce.

En el grupo de las usuarias que si saben los métodos que más nos mencionaron son: las pastillas y las inyecciones, pues estos son los más comunes en las comunidades, y además son fáciles de administrar, la pastilla también es uno de los métodos más mencionados por las usuarias que no saben sobre su utilización; aparte del DIU. Los menos nombrados por las usuarias que si saben son la OTB y el ritmo, este último es el menos conocido por las que no saben. Encontramos en las usuarias que cierto número de ellas no conocen ningún método.

En el grupo de las no usuarias que si saben, los métodos más citados son los dos tipos de hormonales y el menos nombrado son los óvulos. Las no usuarias que no saben citaron más las pastillas, luego el DIU y de

los menos mencionados: el ritmo. Hay aquí un mayor número de no usuarias que no conocen ningún método ni su forma de uso.

Como podemos ver no hay un total desconocimiento de algunas no usuarias (más del 40%) sobre algún método y su forma de uso, pues hay mujeres que tienen información adecuada, o fueron usuarias en alguna ocasión y tuvieron que abandonar el método porque sus esposos emigraron, por efectos colaterales o contraindicación. No obstante la diferencia entre usuarias y no usuarias es muy notoria pues más del 70% de las usuarias saben usar correctamente al menos un método.

Aunque pudiera parecer contradicción existen mujeres usuarias que no saben la forma de uso del método que mencionaron ya que no es el método que están utilizando; otras más los desconocen totalmente ya sea porque tienen insertado el DIU sin su consentimiento o utilizan el coito interrumpido y no conocen los anticonceptivos, sin considerar que éste también es un método contraceptivo. La mayor parte de las usuarias sólo han oído nombrar los métodos, de ahí que desconozcan su forma de uso o bien, que los desconozcan totalmente factor que condiciona la no utilización por estas mujeres. (ver cuadros 23 y 24, pag. 132 y 134)

Las razones principales por las cuales las mujeres no son usuarias, el 21.6% por falta de información o por información distorsionada, el 20.4% por que su esposo no quiere, el 13.9% no les interesa, el 11.4% por la emigración de su esposo, el 8.6% tiene problemas de salud, el 7.4% por miedo, un 5.9% porque desean embarazarse, el 4.6% por los efectos secundarios, el 3.4% dice que no les ha sido necesario y el 2.8% por otras razones.

Los factores principales que influye en la decisión de estas mujeres para no utilizar algún método anticonceptivo, dependen del ambiente familiar y social en el que viven.

Los que más contribuyen son que algunas mujeres desconocen por completo que es la planificación familiar, los métodos anticonceptivos y los beneficios que les pueden aportar; hay otras mujeres que obtienen

información de fuentes poco confiables que la distorsionan, ellas nos refieren que los métodos anticonceptivos provocan enfermedades graves como el cáncer, o disminuyen su valor como mujer u hombre incluso que pueden causar la muerte lo que ocasiona temor a utilizarlos.

En este grupo de mujeres aún prevalece la costumbre de que el hombre es quien toma la mayor parte de las decisiones incluyendo la de no utilizar ningún método anticonceptivo.

Algunas otras razones que nos expusieron las entrevistadas son la falta de interés por parte de ellas, la emigración de su pareja a los E.U., razones bien justificadas como en los casos de enfermedad en los que su uso está contraindicado, porque desean embarazarse ya que algunas tienen sólo un hijo o están recién casadas o bien, por los efectos secundarios que algunas presentaron al utilizarlos. Hay mujeres que debido a que tienen un período intergenésico muy largo no les ha sido necesario utilizarlos. (ver cuadro 25, pag. 136)

En cuanto al método que utilizan las mujeres usuarias para planificar la familia tenemos que el 25% utiliza pastillas, el 16.4% inyección, el 8% preservativo, el 19.1% DIU, el 6.2% el método del ritmo, el 4.3% el coito interrumpido, al 20.4% les practicaron la OTB y el 0.6% utiliza óvulos.

Dentro del subsistema de planificación familiar los métodos anticonceptivos que se proporcionan a las comunidades, son los hormonales orales e inyectables y el preservativo. Por tal razón, los hormonales orales son los más utilizados por las entrevistadas además de que son fáciles de usar, independientemente de esto hay mujeres que no se comprometen a seguir las indicaciones correspondientes, pues los utilizan inadecuadamente o los usan aquellas en quienes está contraindicado.

El segundo método más empleado es la oclusión tubaria bilateral, el aumento se debe a la promoción y realización de jornadas quirúrgicas por parte de la Secretaría de salud en algunos centros de salud de



fácil acceso; este es un método muy criticado pues se le atribuyen efectos secundarios como el cáncer, malestares crónicos, infecciones principalmente, también encontramos que tienen la creencia que la OTE consiste en retirar la matriz y ovarios por lo cual tiende a disminuir su libido; los hombres suelen expresarse mal de una mujer que se ha practicado esta cirugía.

Por la frecuencia de uso, continúa el dispositivo intrauterino, el cual es un método que casi no provoca efectos secundarios, su efectividad en condiciones habituales es mayor al 90% y el lapso ideal de protección anticonceptiva es de cinco años. Otra razón que colabora al aumento en su utilización es que a algunas mujeres se les instaló sin su aprobación en algunas instituciones.

Los hormonales inyectables también son de uso frecuente por su fácil adquisición y administración siendo más cómodo para la usuaria por su lapso de aplicación ya sea de uno, dos o tres meses, y a pesar de que ciertas mujeres han presentado efectos colaterales (sobre todo alteraciones menstruales) o se les ha contraindicado, no suspenden su uso.

La demanda del preservativo está disminuida, esto es porque el hombre lo rechaza ya que piensa que va a interferir en su satisfacción sexual, no se conoce bien su forma de uso o se tiene la creencia de que causa infección en la mujer (irritación vaginal). Tampoco encontramos casos de vasectomía por lo que podemos ver que la participación del hombre en el uso de métodos anticonceptivos es mínimo, aunque muchos de ellos dicen estar de acuerdo con la planificación familiar.

Los métodos menos usuales son el ritmo y el coito interrumpido; en ambos casos es importante orientar a la población por la frecuencia de embarazos no deseados que se dan, en el ritmo es necesaria la participación de la pareja, pues la mujer debe estar pendiente de su período fértil y el hombre debe respetar este período.

El coito interrumpido es un método empleado por cierta parte de la

población pero no es considerado dentro de los métodos anticonceptivos, por sus consecuencias (embarazos no deseados, en la mujer: frigidez, insatisfacción sexual, en el hombre: eyaculación precoz, impotencia, hipertrofia prostática e insatisfacción sexual) no es recomendable. (ver cuadro 26, pag. 138)

El tipo de información sobre planificación familiar que han oído o visto las usuarias es: pocos hijos para darles mucho en un 38%, el 28.4% de esta población menciona que no ha visto este tipo de información o bien que no ve la televisión o no tiene televisión, el 22.3% recuerda haber escuchado sobre el preservativo que sirve para prevenir enfermedades de transmisión sexual o los embarazos; con el 0.9% encontramos que han recibido información de que la planificación debe ser en pareja y sobre la vasectomía.

De las no usuarias el 39.2% no ha visto ningún tipo de información pues algunas no tienen televisión o no la ven, el 27.2% ha escuchado pocos hijos para darles mucho, el 17.3% sobre el preservativo, el 2.2% recuerda algo sobre vasectomía y el 0.9% menciona que la planificación familiar debe ser en pareja.

Entre los distintos mensajes más escuchados encontramos: pocos hijos para darles mucho, que la planificación familiar debe ser en pareja, información sobre el preservativo y la vasectomía, estos son conocidos en ambos grupos, pero más por las usuarias. Cerca del 40% de las mujeres no usuarias no han visto ni escuchado nada sobre la planificación, pues algunas no ven la televisión o no tienen; estas últimas están menos influenciadas por los medios de comunicación sobre la planificación familiar esto determina en cierta manera que ellas no la acepten.

A pesar de que una buena proporción de mujeres no usuarias admite haber escuchado o visto información sobre la planificación familiar, no es significativo en cuanto a lo que se refiere a la práctica anticonceptiva.

El medio de comunicación más común es la televisión, ésta interviene de manera importante al proporcionar información provocando reflexión en algunas personas y consiguen que la idea se extienda y se vuelva familiar a pesar de esto, aún existen barreras que no permiten que sea aceptada por toda la población. Es difícil creer que entre un 30 y 40% de las usuarias y no usuarias no hayan escuchado ningún tipo de información ya que aparte de la radio y televisión, hay otros medios de difusión que forman parte de la promoción que hace el personal de salud sobre el tema.

La mayor parte de los mensajes escuchados por televisión y radio hablan de la planificación familiar, en cambio los métodos contraceptivos no se mencionan a excepción de la vasectomía y el preservativo, y aún así éstos son los menos aceptados. (ver cuadro 27, pag. 140)

El 90.3% de las usuarias ya sabían que la auxiliar de salud proporciona métodos anticonceptivos y el 9.3% no lo sabía. De las no usuarias el 83.6% si tiene conocimiento de quien los proporciona y el 16.4% no lo sabía.

La mayor parte de las mujeres entrevistadas tanto usuarias como no usuarias, si saben que la auxiliar de salud proporciona métodos anticonceptivos, ya que tanto la auxiliar, enfermera y usuarias se han encargado de difundir las actividades que desempeña; una pequeña proporción de mujeres mencionaron que sólo tenían conocimiento de que la auxiliar facilita medicamentos, incluso hubo algunas que no sabían de la existencia de este servicio en su comunidad.

Hacemos referencia otra vez, de como influye la información en las entrevistadas en el uso de los métodos anticonceptivos, pues en ambos grupos hay mujeres que no sabían que en su comunidad una persona proporciona métodos contraceptivos, pero el porcentaje es mayor en las no usuarias: de ahí que algunas no quieran usarlos. (ver cuadro 28, pag. 141)

Observamos que las usuarias se enteraron de que la auxiliar proporciona

métodos anticonceptivos en un 38.6% por la misma auxiliar, el 27.5% por gente de su comunidad, el 14.5% por personal de enfermería, el 10.5% por otras personas entre las que tenemos a sus familiares, personal del centro de salud, y el 8.9% restante no sabía. El 35.8% de las no usuarias que se enteraron fué por gente de la comunidad, el 33.3% por la auxiliar, un 16.4% no sabía, el 10.8% se enteró por alguna enfermera y un 37% por otras personas.

Es notable que si existen diferencias en los dos grupos, pues las usuarias son las que han obtenido información en mayor proporción por la auxiliar de salud, gente de la comunidad y enfermera; en las no usuarias la información fue dada principalmente por la gente de la comunidad por lo que ésta no es adecuada y eso influye en algunas mujeres para que no se controlen, en este grupo la participación de la auxiliar y la enfermera está disminuida. Independientemente de esto la auxiliar de salud juega un papel más importante que la enfermera en la promoción de los métodos anticonceptivos pues convive más tiempo con la gente de la comunidad. (ver cuadro 29, pag. 143)

Las mujeres usuarias han recibido mayor información (pláticas, visitas domiciliarias, trípticos, folletos, etc.) de parte de varias personas del área de salud en un 30.2%, un 21.6% de otras personas como familiares, vecinos, amigos, maestros y trabajadoras sociales; al 17.6% nadie las ha orientado, al 13.6% la enfermera o pasante de enfermería, al 9% el médico y al 8% la auxiliar de salud; de las mujeres no usuarias el 28.1% no ha recibido información de nadie, el 22.5% de varias personas del área de la salud, el 18.8% de la enfermera o pasante de enfermería, el 15.4% de otras personas (ya mencionadas), el 9.6% por el médico, el 5.6% por la auxiliar de salud.

De todas las mujeres entrevistadas son las usuarias quienes más han recibido información sobre planificación familiar y aunque en ambos grupos hay un porcentaje de mujeres que no han recibido información, este número es más grande en las no usuarias lo que nos confirma que a

métodos anticonceptivos en un 38.6% por la misma auxiliar, el 27.5% por gente de su comunidad, el 14.5% por personal de enfermería, el 10.5% por otras personas entre las que tenemos a sus familiares, personal del centro de salud, y el 8.9% restante no sabía. El 35.8% de las usuarias que se enteraron fué por gente de la comunidad, el 33.3% por la auxiliar, un 16.4% no sabía, el 10.8% se enteró por alguna enfermera y un 37% por otras personas.

Es notable que si existen diferencias en los dos grupos, pues las usuarias son las que han obtenido información en mayor proporción por la auxiliar de salud, gente de la comunidad y enfermera; en las no usuarias la información fue dada principalmente por la gente de la comunidad por lo que ésta no es adecuada y eso influye en algunas mujeres para que no se controlen, en este grupo la participación de la auxiliar y la enfermera está disminuida. Independientemente de esto la auxiliar de salud juega un papel más importante que la enfermera en la promoción de los métodos anticonceptivos pues convive más tiempo con la gente de la comunidad. (ver cuadro 29, pag. 143)

Las mujeres usuarias han recibido mayor información (pláticas, visitas domiciliarias, trípticos, folletos, etc.) de parte de varias personas del área de salud en un 30.2%, un 21.6% de otras personas como familiares, vecinos, amigos, maestros y trabajadoras sociales; al 17.6% nadie las ha orientado, al 13.6% la enfermera o pasante de enfermería, al 9% el médico y al 8% la auxiliar de salud; de las mujeres no usuarias el 28.1% no ha recibido información de nadie, el 22.5% de varias personas del área de la salud, el 18.8% de la enfermera o pasante de enfermería, el 15.4% de otras personas (ya mencionadas), el 9.6% por el médico, el 5.6% por la auxiliar de salud.

De todas las mujeres entrevistadas son las usuarias quienes más han recibido información sobre planificación familiar y aunque en ambos grupos hay un porcentaje de mujeres que no han recibido información, este número es más grande en las no usuarias lo que nos confirma que a

menor información menor número de usuarias.

Esto nos indica que la promoción que se ha hecho sobre planificación familiar no ha sido lo suficientemente idónea, pues no es aceptada aún por toda la población de estos módulos, además es importante el número de mujeres de los dos grupos a quienes la información se las dió otras personas ajenas al área de la salud.

El personal de salud que más participa en la orientación sobre planificación familiar a nivel comunitario son las enfermeras incluyendo aquí a las pasantes de enfermería principalmente, además de los médicos y auxiliares de salud. Es seguro que la gente que ha recibido información de varias de estas personas, su conocimiento sobre el tema es más completo.

Es muy importante mencionar que no existe coordinación entre el personal de salud sobre la información de los métodos anticonceptivos que se brinda a la población, ya que algunos médicos distorsionan esta información para su beneficio.

No está de más mencionar el interés que otras personas como maestros y trabajadoras sociales, han puesto al tratar de mejorar la situación de las familias conscientizándolas de las desventajas de tener una familia numerosa. (ver cuadro 30, pag. 144)

## CUADRO No. 1

Edad de las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994

EDAD	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
-14	0	0	1	0.3
15-19	22	6.8	30	9.3
20-24	73	22.5	75	23.1
25-29	79	24.4	63	19.4
30-34	73	22.5	44	13.6
35-39	39	12.1	42	13.0
40-44	24	7.4	32	9.9
45-49	14	4.3	37	11.4
<b>TOTAL</b>	<b>324</b>	<b>100</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

Fuente: Directa, encuestas realizadas entre los meses de julio y septiembre de 1994.

CUADRO No. 1

Edad de las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994

EDAD	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
-14	0	0	1	0.3
15-19	22	6.8	30	9.3
20-24	73	22.5	75	23.1
25-29	79	24.4	63	19.4
30-34	73	22.5	44	13.6
35-39	39	12.1	42	13.0
40-44	24	7.4	32	9.9
45-49	14	4.3	37	11.4
TOTAL	324	100	324	100

Fuente: Directa, encuestas realizadas entre los meses de julio y septiembre de 1994.



## CUADRO NO.2

Estado civil de las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994

ESTADO CIVIL	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
CASADA	322	99.4	316	97.5
UNION LIBRE	2	0.6	8	2.5
TOTAL	324	100	324	100

Fuente: misma del cuadro no. 1

## CUADRO NO.3

Religión de las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994

RELIGION	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
CATOLICA	311	96	303	93.5
EVANGELICA	10	3.1	17	5.3
TESTIGOS DE JEHOVA	1	0.3	0	0
NO TIENE	2	0.6	4	1.2
TOTAL	324	100	324	100

Fuente: misma del cuadro no. 1

## CUADRO NO.4

Ocupación de las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994

OCUPACION	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
HOGAR	316	97.5	322	99.4
COMERCIAN- TE	6	1.9	1	0.3
COSTURERA	1	0.3	1	0.3
PROFESORA	1	0.3	0	0
TOTAL	324	100	324	100

Fuente: misma del cuadro no. 1

## CUADRO NO.5

Escolaridad de las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994

ESCOLARIDAD	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
ANALFABETA	19	5.9	22	6.8
PRIMARIA INCOMPLETA	153	47.2	174	53.7
PRIMARIA COMPLETA	100	30.9	94	29
SECUNDARIA INCOMPLETA	7	2.2	11	3.4
SECUNDARIA COMPLETA	25	7.7	15	4.6
BACHILLER. INCOMPLETA	1	0.3	2	0.6
BACHILLER. COMPLETO	6	1.8	0	0
CARRERA TECNICA	12	3.7	6	1.9
PROFESIONAL	1	0.3	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>324</b>	<b>100</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

Fuente: misma del cuadro no. 1

**CUADRO No.6**

108

Ingreso económico mensual de las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich.

1994

INGRESO MENSUAL	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
-100	5	1.6	8	2.5
100-190	28	8.7	30	9.3
200-290	74	22.8	53	16.4
300-390	38	11.7	32	9.9
400-490	73	22.5	79	24.4
500-590	19	5.9	16	4.9
600-690	46	14.2	40	12.3
700-790	2	0.6	7	2.1
800-890	19	5.9	24	7.4
900-990	3	0.9	2	0.6
1000 y +	13	4	12	3.7
NO SABE	4	1.2	21	6.5
<b>TOTAL</b>	<b>324</b>	<b>100</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

Fuente: misma del cuadro no.1

## CUADRO NO.7

Personas que aportan el ingreso económico en el hogar de las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anti-conceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994

PERSONAS	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
ESPOSO	293	90.4	281	86.7
ELLA	1	0.3	1	0.3
HIJOS	5	1.6	5	1.6
ESPOSO E HIJOS	12	3.7	10	3.1
AMBOS	9	2.8	14	4.3
OTROS	4	1.2	13	4
TOTAL	324	100	324	100

Fuente: misma del cuadro no. 1

## CUADRO NO.8

Material de construcción de las casas de las mujeres - usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1

Morelia Mich. 1994

MATERIAL DE CONSTRUCCION	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
TABIQUE	140	43.2	127	39.2
CONCRETO	65	20.1	52	16
ADOBE	54	16.7	79	24.4
PIEDRA	34	10.5	44	13.6
MADERA	18	5.5	15	4.6
OTROS	13	4	7	2.2
<b>TOTAL</b>	<b>324</b>	<b>100</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

Fuente: misma del cuadro no. 1

## CUADRO NO.9

Número de habitaciones de las viviendas de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarimbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria - No.1 Morelia Mich. 1994

NUMERO DE HABITACIONES	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
1	84	25.9	72	22.2
2	124	38.3	136	42
3	64	19.8	63	19.4
4	36	11.1	29	9
5 v +	16	4.9	24	7.4
<b>TOTAL</b>	<b>324</b>	<b>100</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

Fuente: misma del cuadro no. 1



## CUADRO NO.10

Número de personas que habitan en las viviendas de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No.1  
Morelia Mich. 1994

NUMERO DE HABITANTES	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
2	6	1.9	28	6.7
3	57	17.6	40	12.3
4	62	19.1	58	17.9
5	72	22.2	47	14.5
6	39	12	47	14.5
7	37	11.4	37	11.4
8	20	6.2	33	10.2
9	13	4	16	4.9
10 y +	18	5.6	18	5.6
<b>TOTAL</b>	<b>324</b>	<b>100</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

Fuente: misma del cuadro no. 1

**CUADRO No. 11**

Edad en el momento del casamiento de las usuarias y -  
no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertene-  
cen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que  
que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No.1 No\_  
relia Mich.1994

EDAD DEL CASAMIE- NTO	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
- 14	13	4	8	2.5
15-19	206	63.6	210	64.8
20-24	87	26.9	87	26.9
25-29	16	4.9	13	4
30-34	1	0.3	3	0.9
35-39	1	0.3	0	0
40 y +	0	0	3	0.9
<b>TOTAL</b>	<b>324</b>	<b>100</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

Fuente: misma del cuadro no. 1

## CUADRO NO.12

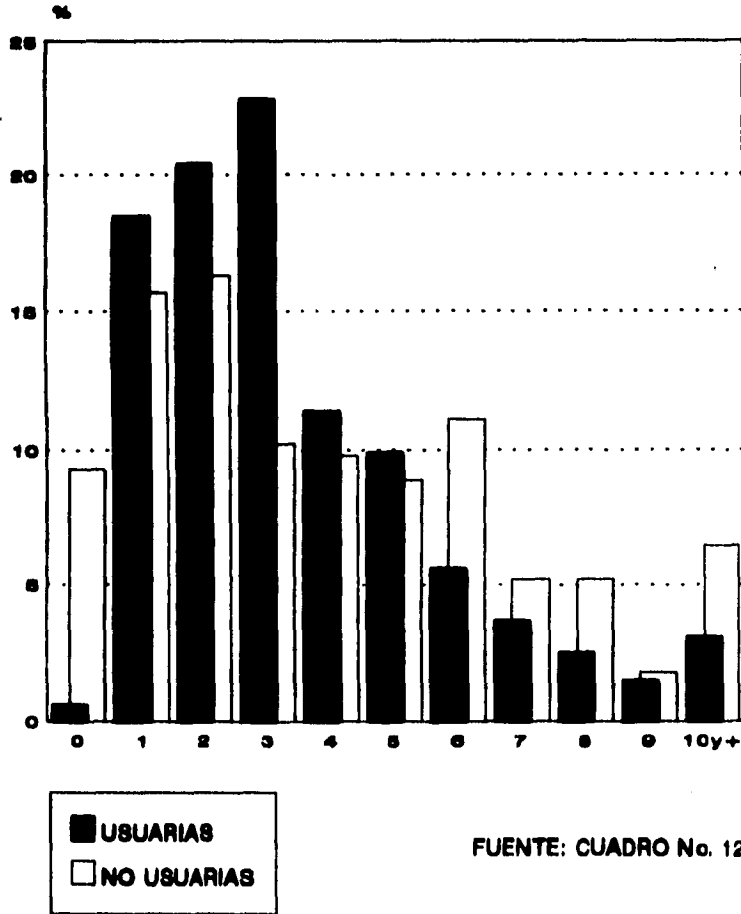
Número de hijos que tienen las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No.1 Morelia Mich. 1994

NUMERO DE HIJOS	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
0	2	0.6	30	9.3
1	60	18.5	51	15.7
2	66	20.4	53	16.3
3	74	22.8	33	10.2
4	37	11.4	32	9.8
5	32	9.9	29	8.9
6	18	5.6	36	11.1
7	12	3.7	17	5.2
8	8	2.5	17	5.2
9	5	1.5	6	1.8
10 y +	10	3.1	20	6.5
<b>TOTAL</b>	<b>324</b>	<b>100</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

Fuente: misma del cuadro no. 1

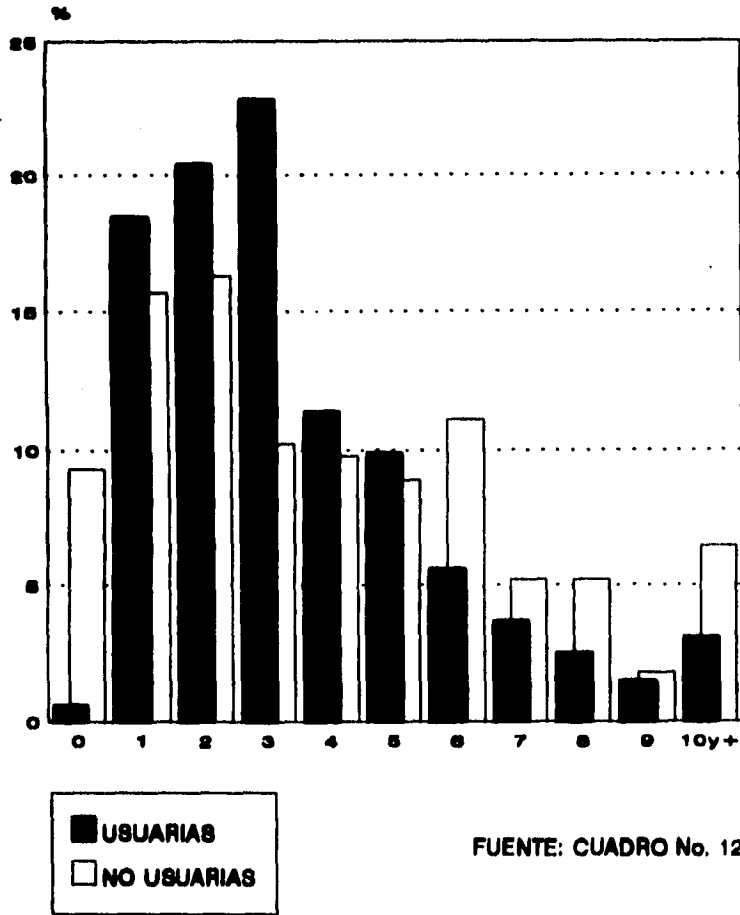
GRAFICA No. 1

Número de hijos que tienen las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruátaro que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994



GRAFICA No. 1

Número de hijos que tienen las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruátaro que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994



**CUADRO No.13**

116

Número de hijos deseados por las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich.

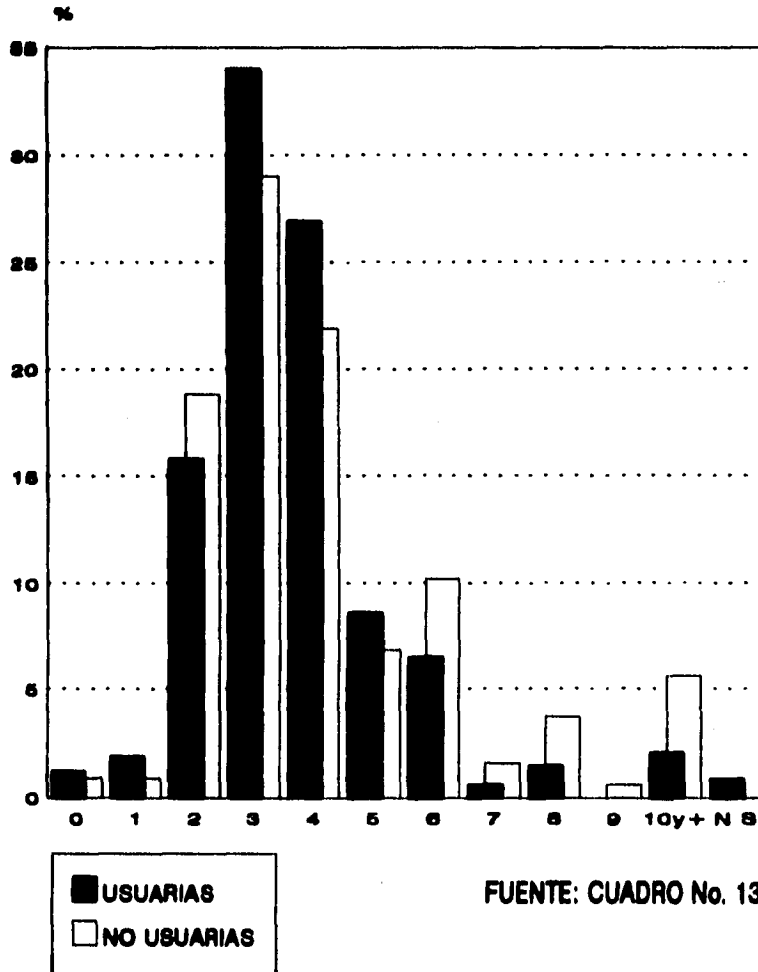
1994

HIJOS DESEADOS	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
0	4	1.2	3	0.9
1	6	1.9	3	0.9
2	51	15.8	61	18.8
3	110	34	94	29
4	87	26.9	71	21.9
5	28	8.6	22	6.8
6	21	6.5	33	10.2
7	2	0.6	5	1.6
8	5	1.5	12	3.7
9	0	0	2	0.6
10	7	2.4	18	5.6
NO SABE	3	0.9	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>324</b>	<b>100</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

Fuente: misma del cuadro no.1

GRAFICA No. 2

Número de hijos deseados por las mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruátaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994



## CUADRO NO.14

Significado de los hijos según las madres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No.1 Morelia --

Mich. 1994

SIGNIFICADO DE LOS HIJOS	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
AMIGO	24	7.4	23	7.1
REFLEXION	47	14.5	34	10.5
UNION CON SU	42	12.9	56	17.3
LA REALIDAD DE LA MUJER	34	10.5	26	8
UNA SENCILLA	22	6.8	24	7.4
MA TODO LO QUE ANTES	96	29.8	93	28.7
COMPANIA	11	3.4	11	3.4
PROBLEMAS	7	2.1	3	0.9
AYUDA	12	3.7	10	3.1
CARIÑO Y AMOR	22	6.8	38	11.7
NO SABE	7	2.1	6	1.9
<b>TOTAL</b>	<b>324</b>	<b>100</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

FUENTE: misma del cuadro no. 1



**CUADRO NO.15**

**Sexo de preferencia para los hijos de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No.1 Morelia**

**Nich. 1994**

<b>SEXO DE LOS HIJOS</b>	<b>USUARIAS</b>		<b>NO USUARIAS</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>DE LOS DOS</b>	<b>251</b>	<b>77.5</b>	<b>259</b>	<b>79.9</b>
<b>HOMBRE</b>	<b>34</b>	<b>10.5</b>	<b>32</b>	<b>9.9</b>
<b>MUJER</b>	<b>39</b>	<b>12</b>	<b>33</b>	<b>10.2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>324</b>	<b>100</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

**Fuente: misma del cuadro no. 1**

## CUADRO NO.16

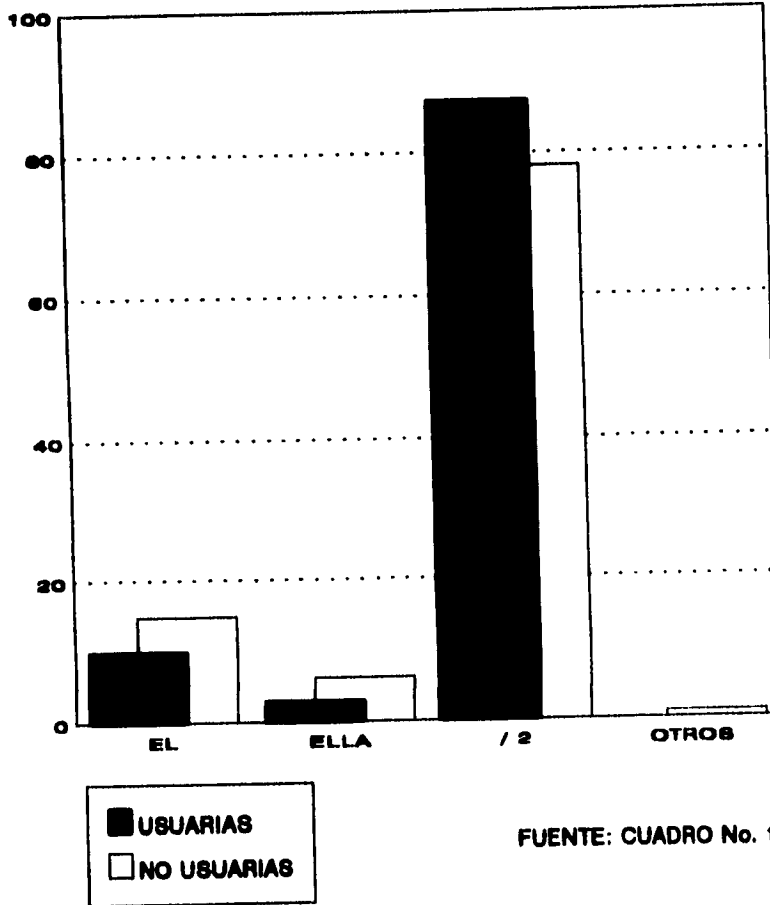
Cónyuge que decide el número de hijos de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No.1 Morelia Mich. 1994

CONYUGE QUE DECIDE	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
EL	32	9.9	48	14.8
ELLA	9	2.8	20	6.2
ENTRE LOS DOS	283	87.3	253	78.1
OTROS	0	0	3	0.9
TOTAL	324	100	324	100

Fuente: misma del cuadro no. 1

GRAFICA No. 3

**Cónyuge que decide el número de hijos de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarimbaro y Uruátaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994**



FUENTE: CUADRO No. 16

CUADRO No. 17

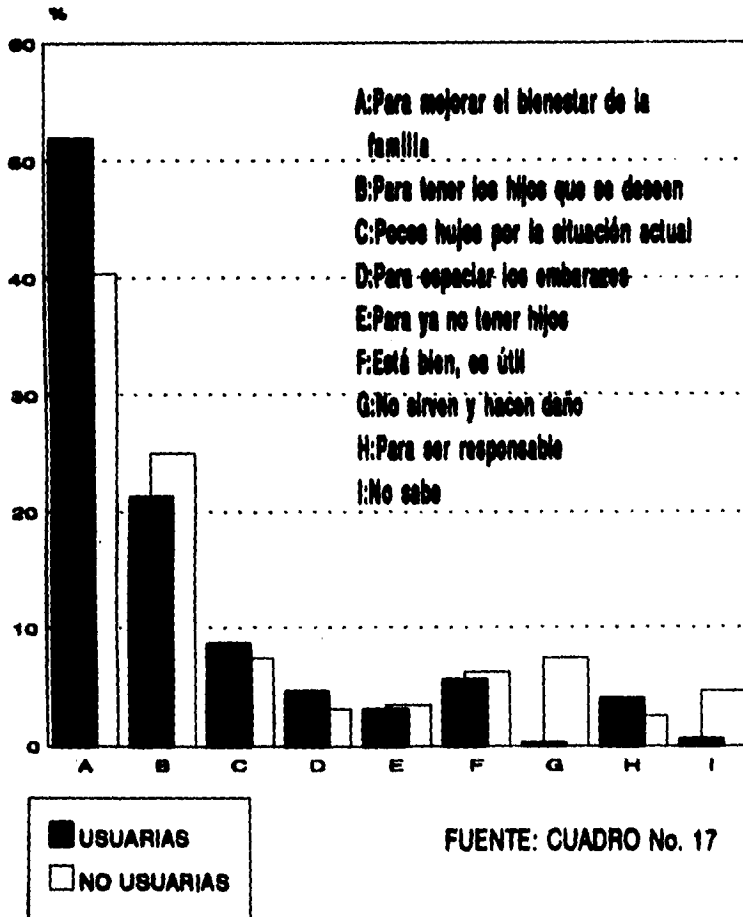
Opinión de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos sobre la utilidad de la planificación familiar, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Urué--taro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1  
Morelia Mich. 1994

OPINION	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
PARA MEJORAR EL BIENESTAR DE LA FAMILIA	168	51.9	131	40.4
PARA TENER LOS NIJOS QUE SE DESEEN	69	21.3	81	25
POCOS NIJOS POR LA SITUACION ACTUAL	28	8.6	24	7.4
PARA ESPACIAR LOS EMBARAZOS	15	4.6	10	3.1
PARA YA NO TENER NIJOS	10	3.1	11	3.4
ESTA BIEN. ES UTIL	18	5.6	20	6.2
NO SIRVE Y HACE DAÑO	1	0.3	24	7.4
PARA SER RESPONSABLE	13	4	8	2.5
NO SABE	2	0.6	15	4.6
<b>TOTAL</b>	<b>324</b>	<b>100</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

Fuente: misma del cuadro no.1

GRAFICA No. 4

Opinión de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos sobre la planificación familiar, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruátaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994



**CUADRO NO.18**

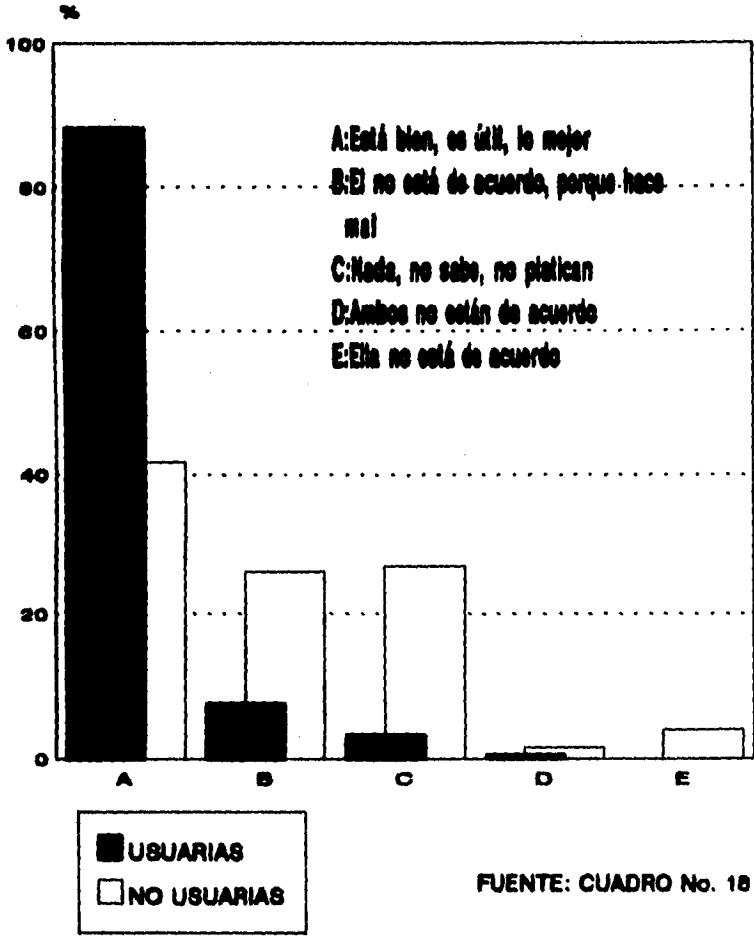
Opinión sobre la planificación familiar de la pareja de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarimbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No 1 Morelia Mich. 1994

OPINION	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
ESTA BIEN, ES UTIL, LO MEJOR	286	88.3	135	41.7
EL NO ESTA DE ACUERDO, POR QUE NACE MAL	25	7.7	84	25.9
NADA, NO SABE NO PLATICAN	11	3.4	87	26.9
AMBOS NO ESTAN DE ACUERDO	2	0.6	5	1.5
ELLA NO ESTA DE ACUERDO	0	0	13	4
<b>TOTAL</b>	<b>324</b>	<b>100</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

Fuente: misma del cuadro no. 1

GRAFICA No. 5

Opinión sobre la planificación familiar de los parejas de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenezcan a los métodos de Claro, Tarrinbaro y Uruñaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Microña Mich. 1994



FUENTE: CUADRO No. 18

**CUADRO NO.19**

Opinión sobre la planificación familiar de los familiares ascendentes de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Chagro, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No 1 Morelia Mich. 1994

OPINION	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
ESTA BIEN	163	50.3	149	46
NADA NO PLATICAN	78	24.1	83	25.6
NO ESTAN DE ACUERDO, ES PECADO	32	9.9	36	11.1
HACE DAÑO POR QUE CAUSA ENFERMEDADES	14	4.3	7	2.2
NO SABE	37	11.4	49	15.1
<b>TOTAL</b>	<b>324</b>	<b>100</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

Fuente: misma del cuadro no. 1



**CUADRO No.20 A**

127

Número de hermanos de las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos y sus parejas, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich.

1994

NÚMERO DE HERMANOS	USUARIAS			
	SEÑOR		SEÑORA	
	F	%	F	%
1	2	0.6	2	0.6
2	5	1.5	5	1.5
3	8	2.5	7	2.2
4	18	5.6	23	7.1
5	29	8.9	26	8
6	37	11.4	40	12.4
7	36	11.1	39	12.1
8	54	16.7	51	15.7
9	41	12.7	47	14.5
10	30	9.3	26	8
11	28	8.6	21	6.5
12	15	4.6	11	3.4
13	7	2.2	8	2.5
14	6	1.9	9	2.8
15	3	0.9	4	1.2
16 Y +	3	0.9	1	0.3
NINGUNO	2	0.6	4	1.2
<b>TOTAL</b>	<b>324</b>	<b>100</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

Fuente: misma del cuadro no.1

**CUADRO No.20 B**

128

Número de hermanos de las mujeres no usuarias de métodos anticonceptivos y sus parejas, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich.

1994

NUMERO DE HERMANOS	NO USUARIAS			
	SEÑOR		SEÑORA	
	F	%	F	%
1	7	2.2	5	1.5
2	5	1.5	6	1.9
3	15	4.6	14	4.3
4	19	5.9	21	6.5
5	29	8.9	32	9.9
6	45	14.0	36	11.1
7	47	14.6	48	14.8
8	38	11.7	42	13
9	36	11.1	40	12.4
10	31	9.6	24	7.4
11	19	5.9	24	7.4
12	16	4.9	16	4.9
13	4	1.2	5	1.5
14	4	1.2	3	0.9
15	2	0.6	0	0
16 Y +	2	0.6	1	0.3
NINGUNO	5	1.5	0	0
TOTAL	324	100	324	100

Fuente: misma del cuadro no.1

## CUADRO NO.21

Opinión que dieron las mujeres usuarias y no usuarias - sobre la influencia de la religión en el uso de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No 1 Morelia Mich. 1994

OPINION	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
NO INFLUYE, YA QUE DEPENDE DE LA FORMA DE PENSAR DE LA PAREJA	194	59.9	168	51.8
SI INFLUYE, YA QUE AL CASARSE, PROMETEN TENER LOS NIJOS QUE DUISOR MANDE Y SOLO PERMITE EL ME TODO NATURAL	48	14.8	66	20.4
NO SABE	82	25.3	90	27.8
TOTAL	324	100	324	100

Fuente: misma del cuadro no. 1

## CUADRO NO.21

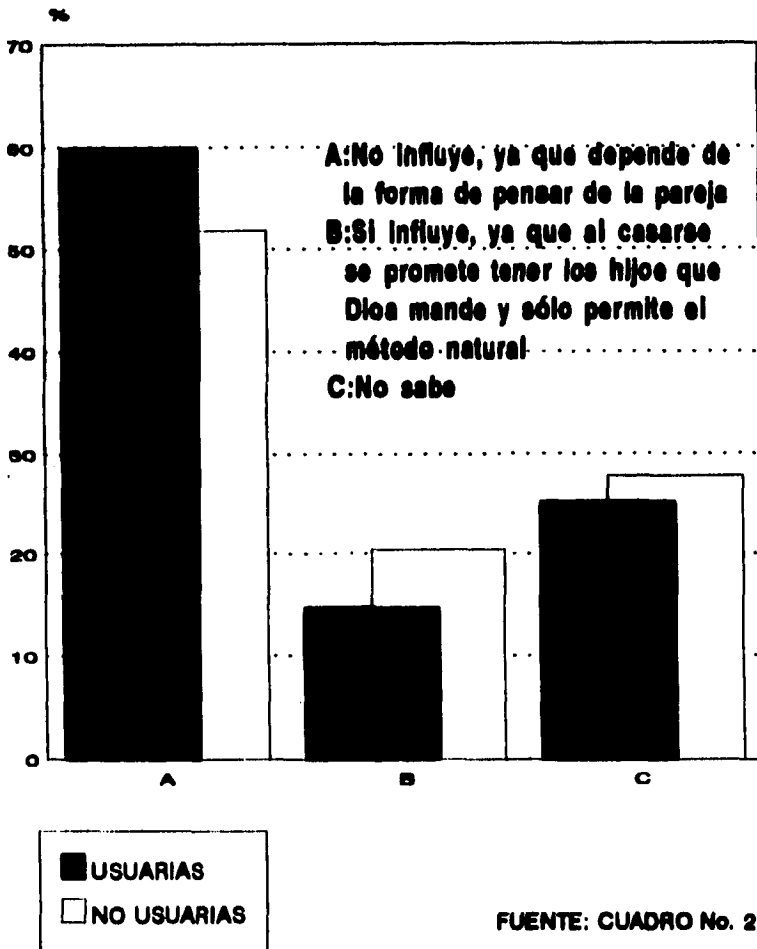
Opinión que dieron las mujeres usuarias y no usuarias - sobre la influencia de la religión en el uso de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Teránbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No 1 Morelia Mich. 1994

OPINION	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
NO INFLUYE, YA QUE DEPENDE DE LA FORMA DE PENSAR DE LA PAREJA	194	59.9	168	51.8
SI INFLUYE, YA QUE AL CASARSE, PROMETEN TENER LOS MEJORES QUE SUJOS MANDE Y SOLO PERMITE EL METODO NATURAL	48	14.8	66	20.4
NO SABE	82	25.3	90	27.8
TOTAL	324	100	324	100

Fuente: misma del cuadro no. 1

GRAFICA No. 6

Opinión que dieron las usuarias y no usuarias sobre la influencia de la religión en el uso de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los médicos de Charo, Tarímbaro y Uruátaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1984



FUENTE: CUADRO No. 21

## CUADRO NO.22

Conocimiento de los métodos anticonceptivos por parte de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994

CONOCE METODOS	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
SI	298	92	262	80.9
No	26	8	62	19.1
TOTAL	324	100	324	100

Fuente: misma del cuadro no. 1

## CUADRO NO.23

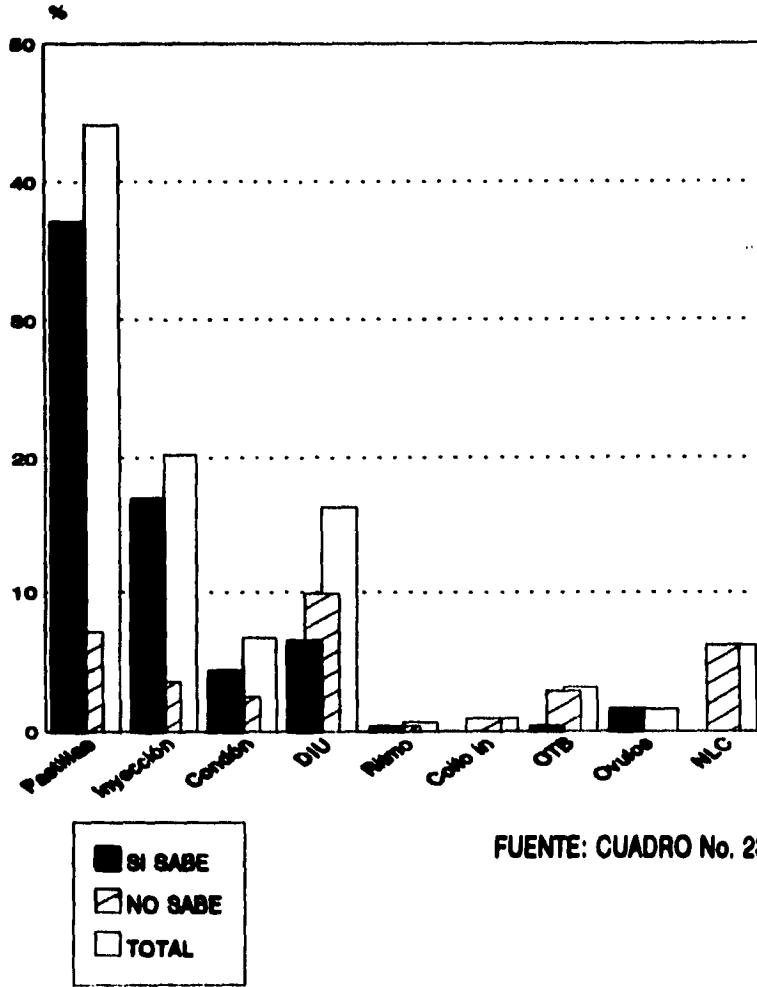
Métodos y forma de uso citados por las usuarias,  
que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro  
y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción  
Sanitaria No 1 Morelia Mich. 1994

METODO CITADO	SI SABE	N	NO SABE	N	TOTAL	N
PASTILLAS	120	37	23	7.1	143	44.1
INYECCION	55	17	11	3.5	66	20.5
CONDON	14	4.3	8	2.4	22	6.7
D I U	21	6.5	32	9.9	53	16.4
RITMO	1	0.3	1	0.3	2	0.6
COITO IN	0	0	3	0.9	3	0.9
O T B	1	0.3	9	2.8	10	3.1
OVULOS	5	1.5	0	0	5	1.5
NO LOS CONOCE	0	0	20	6.2	20	6.2
TOTAL	237	66.9	87	33.1	324	100

Fuente: misma del cuadro no. 1

GRAFICA No. 7

Método y forma de uso citados por las usuarias, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruátaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994



FUENTE: CUADRO No. 23



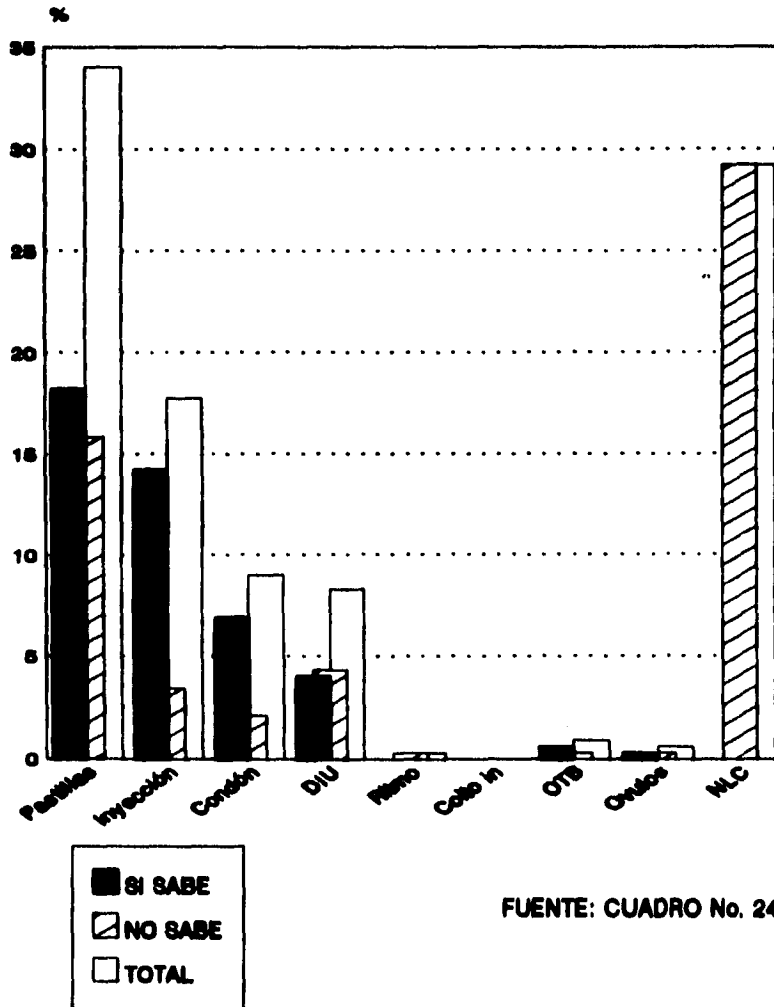
## CUADRO NO.24

Métodos y forma de uso citados por las no usuarias,  
que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro  
y Uruátaro, que corresponden a la Jurisdicción  
Sanitaria No 1 Morelia Mich. 1994

METODO CITADO	SI SABE	N	NO SABE	N	TOTAL	N
PASTILLAS	59	18.2	51	15.8	110	34
INYECCION	46	14.2	11	3.5	57	17.7
CONDON	22	6.9	7	2.1	29	9
D I U	13	4	14	4.3	27	8.3
RITMO	0	0	1	0.3	1	0.3
COITO IN	0	0	0	0	0	0
O T B	2	0.6	1	0.3	3	0.9
OVULOS	1	0.3	1	0.3	2	0.6
NO LOS CONOCE	0	0	95	29.2	95	29.2
TOTAL	143	44.2	181	55.8	324	100

Fuente: misma del cuadro no. 1

Métodos y forma de uso citados por las no usuarias, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruapan, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994



FUENTE: CUADRO No. 24

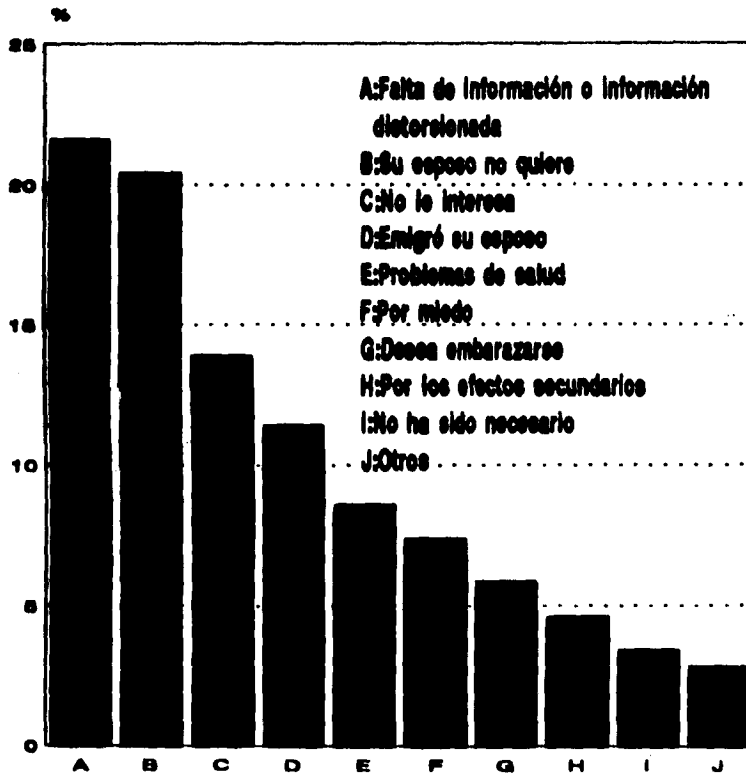
## CUADRO No. 25

Razones por las cuales las mujeres no usuarias no usan -  
 los métodos anticonceptivos que pertenecen a los módulos  
 de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la-  
 Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich.1994

RAZONES	NO USUARIAS	
	F	%
FALTA DE INF E INFORMACION DISTORCIONADA	70	21.6
SU ESPOSO NO QUIERE	66	20.4
NO LE INTERESA	45	13.9
EMIRO SU ESPOSO	37	11.4
PROBLEMAS DE SALUD	28	8.6
POR MIEDO	24	7.4
DESEA EMBARAZARSE	19	5.9
POR LOS EFECTOS SECUNDARIOS	15	4.6
NO HA SIDO NECESARIO	11	3.4
OTROS	9	2.8
TOTAL	324	100

Fuente: misma del cuadro no. 1

Razones por las cuales las mujeres no usan o no usan los métodos anticonceptivos, que pertenecen a los municipios de Charo, Tarímbaro y Uruapan, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994



■ NO USUARIAS

FUENTE: CUADRO No. 25

## CUADRO No. 26

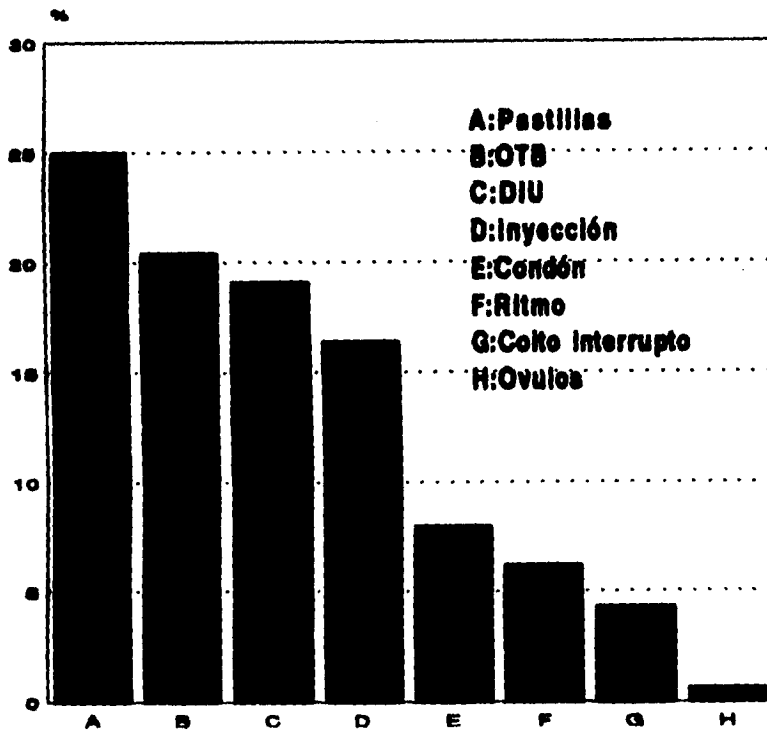
Métodos anticonceptivos empleados por las usuarias,-  
 que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y -  
 Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria  
 No. 1 Morelia Mich.1994

METODOS EMPLEADOS	USUARIAS	
	F	%
PASTILLAS	81	25
INYECCION	53	16.4
CONDON	26	8
D I U	62	19.1
RITMO	20	6.2
COITO INT	14	4.3
O T B	66	20.4
OVULOS	2	0.6
TOTAL	324	100

Fuente: misma del cuadro no. 1

GRAFICA No. 10

Métodos anticonceptivos empleados por las usuarias, que pertenecen a los módulos de Clara, Tarímbaro y Uruábaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994



■ USUARIAS

FUENTE: CUADRO No. 26

**CUADRO No.27**

140

Tipo de información de planificación familiar que han visto o escuchado las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994

TIPO DE INFORMACION	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
NO HA VISTO NO TIENE T. V. NO VE LA T. V.	92	28.4	127	39.2
INFORMACION SOBRE EL PRESERVATIVO	72	22.3	56	17.3
LA PLANIF. FAMILIAR DEBE SER EN PAREJA	3	0.9	3	0.9
POCOS NIJOS PARA DARLES MUGNO	123	38	88	27.2
QUE ACUDAN AL C. S. POR INFORMACION	16	4.9	15	4.6
INFORMACION SOBRE LA VASECTOMIA	3	0.9	7	2.2
NO PROPORCIO- QUE TIPO DE INFORMACION	15	4	28	8.6
<b>TOTAL</b>	<b>324</b>	<b>100</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

Fuente: misa del cuadro no.1

## CUADRO NO.28

Conocimiento de la existencia de una auxiliar de salud por parte de las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994

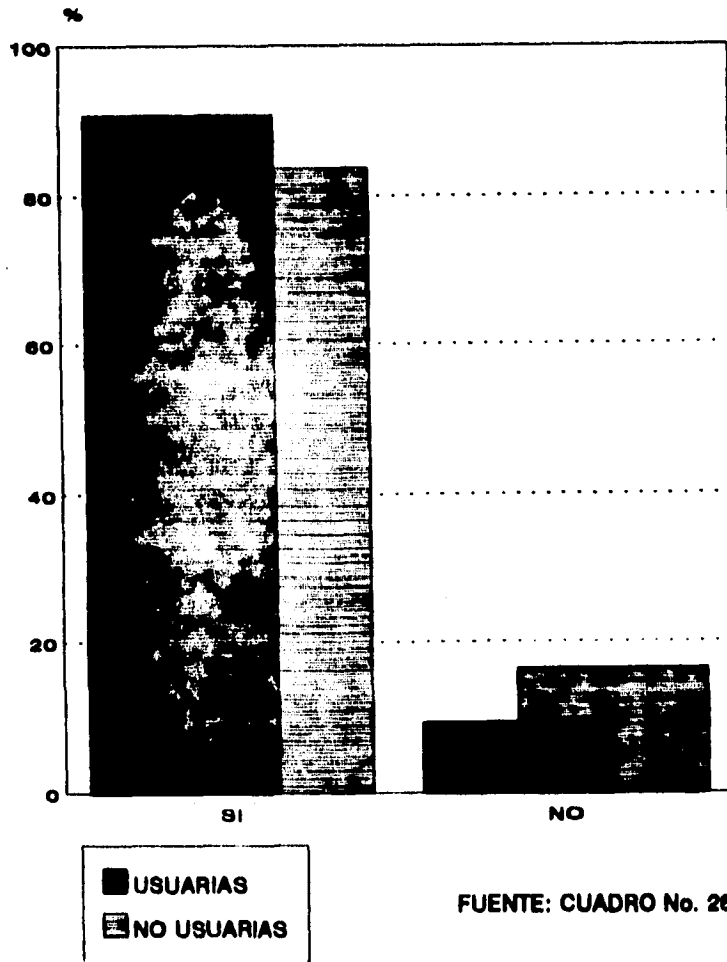
CONOCE A LA AUXILIAR	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
Si	294	90.7	271	83.6
No	30	9.3	53	16.4
TOTAL	324	100	324	100

Fuente: misma del cuadro no. 1



GRAFICA No. 11

Conocimiento de la existencia de una casilla de salud por parte de los usuarios y no usuarios de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los médicos de Charo, Tarímbaro y Uruapan, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1984



## CUADRO NO.29

Opinión de las mujeres usuarias y no usuarias sobre quienes les informaron que la auxiliar de salud suministra métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994

INFORMANTES	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
AUXILIAR DE SALUD	125	38.6	108	33.3
ENFERMERA	47	14.5	35	10.8
GENTE DE LA COMUNIDAD	89	27.5	116	35.8
OTROS	34	10.5	12	3.7
NO SABIA	29	8.9	53	16.8
TOTAL	324	100	324	100

Fuente: misma del cuadro no. 1

## CUADRO NO.30

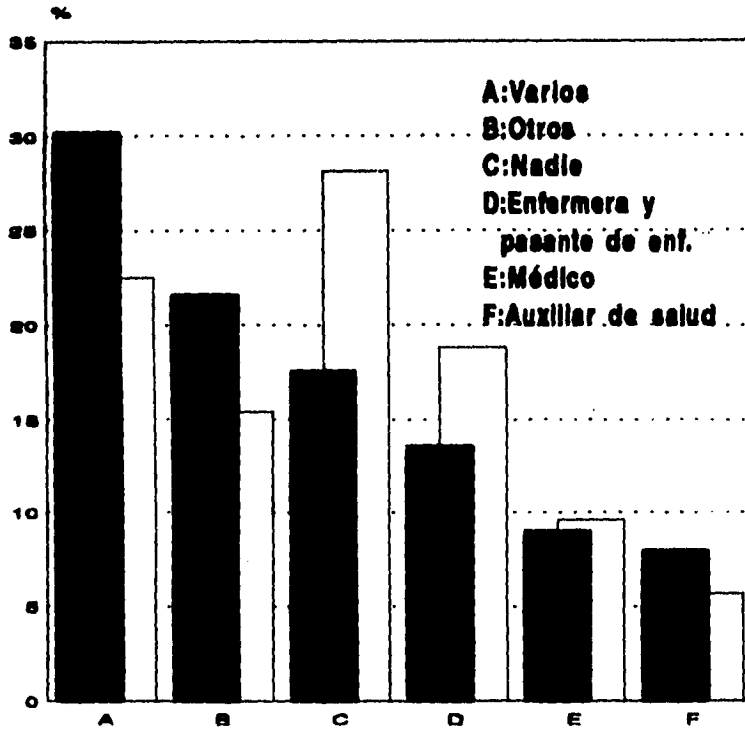
Personas que les han orientado de planificación familiar a las usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994

PERSONAS	USUARIAS		NO USUARIAS	
	F	%	F	%
AUXILIAR DE SALUD	26	8	18	5.6
ENFERMERA, PASANTE DE ENFERMERIA	44	13.6	61	18.8
MEDICO	29	9	31	9.6
OTROS	70	21.6	50	15.4
NADIE	57	17.6	91	28.1
VARIOS	98	30.2	73	22.5
<b>TOTAL</b>	<b>324</b>	<b>100</b>	<b>324</b>	<b>100</b>

Fuente: misma del cuadro no. 1

GRAFICA No. 12

Personas que les han orientado de planificación familiar a los usuarios y no usuarios de métodos anticonceptivos, que pertenecen a los médicos de Charo, Tarímbaro y Uruapan, que corresponden a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia Mich. 1994



USUARIAS  
 NO USUARIAS

FUENTE: CUADRO No. 30

### **3. CONCLUSIONES**

### 3. CONCLUSIONES

Durante la prestación del servicio social en las comunidades de los tres módulos pudimos observar que la calidad de vida que tienen sus pobladores es muy precaria, muchas de sus necesidades básicas no son satisfechas pues carecen de recursos y servicios, además las familias generalmente son numerosas lo que no les permite mejorar su nivel de vida y aumenta la morbi-mortalidad materno-infantil.

Uno de los intereses de la planificación familiar es el bienestar de la familia, mediante la limitación o espaciamiento del número de hijos, en esta área no es aceptada totalmente por la población ya que existen factores de diferente índole que lo condicionan.

De ahí que nos planteamos identificar los factores socioculturales, religiosos y económicos que guían la conducta de la población para la aceptación de los métodos anticonceptivos, determinar el nivel de información de la población sobre métodos anticonceptivos y valorar la importancia de la existencia y promoción del subsistema de planificación familiar en las comunidades; para lo cual, de un universo de 2595 mujeres en edad fértil y con vida sexual activa, de 29 comunidades, que pertenecen a los tres módulos; se extrajo una muestra del 25% siendo un total de 648 mujeres, las cuales se dividieron en dos grupos, uno que usa los métodos anticonceptivos y otro que no los usa, empleando como instrumento de recolección de datos un cuestionario que nos permitió recabar información, aplicándose 216 cuestionarios por módulo. La tabulación de los datos se hizo por medio de paloteo, que se presenta en cuadros para la elaboración del análisis.

Las conclusiones que se obtuvieron son que:

En ambos grupos predomina la edad de 20 a 24 años. Del grupo de las mujeres no usuarias hay más de 35 a 49 años a las que es más difícil cambiar a una actitud positiva hacia los métodos. Casi el total de las mujeres entrevistadas son casadas ya que de esta manera hay mejor

aceptación por parte de su comunidad permitiéndoles además cumplir con mayor libertad aquellas actividades que son propias de una unión estable.

Es mínimo el número de mujeres que viven en unión libre, pero es común que muchas parejas vivan juntos antes de casarse. La mayor parte de las entrevistadas de los dos grupos son católicas, esta religión ejerce más influencia en las no usuarias, de ahí que muchas de éstas no utilicen los métodos, en cambio las usuarias al encontrarse entre cumplir con lo que dicta su religión y mejorar el bienestar de su familia, se inclinan por la situación más valiosa para ellas: su familia.

Se encontró que la principal ocupación de estas mujeres es el hogar pues aún se encuentra muy arraigado en esta zona que la atención del hogar es una tarea propia de la mujer. Sin embargo, hay una mínima participación económica de algunas usuarias. El nivel de vida, en su mayoría es bajo, pues el ingreso económico mensual fluctúa en promedio en los dos grupos entre cien y cuatrocientos noventa pesos que no cubren satisfactoriamente el gasto familiar y que en muchas ocasiones no es fijo dadas las condiciones laborales en las localidades, ya que son pocas las actividades económicas en que se ocupan los hombres y no son permanentes, además casi en su totalidad (de la muestra) son ellos quienes aportan el dinero para el gasto y al no tener un empleo seguro se ven obligados a emigrar a E.U.. La ayuda económica de los hijos es mínima, de ahí que se dependa prácticamente del padre de familia.

Por esta situación es que aún hay familias que no cuentan con una vivienda adecuada, porque hay casas que constantemente necesitan mantenimiento y no se les dá, o bien aunque las viviendas sean de tabique, concreto, adobe o piedra, la mayor parte sólo tienen una ó dos habitaciones, con mala iluminación y ventilación donde habitan más de tres personas.

Encontramos que las mujeres no usuarias son las que cuentan con menor instrucción lo que en cierta forma no les permite efectuar cambios en

su modo de vida tradicional, mientras que las usuarias tienen un nivel educativo mayor, podría pensarse que esto condicionaría que sus expectativas de vida se encaminaran hacia el progreso y de esta manera contrajeran nupcias a edades más tardías, lo cual no es verdad, pues más de la mitad de las usuarias contrajeron matrimonio entre 14 y 19 años, el casarse a edades tempranas es común en estos lugares. En la misma proporción las no usuarias contrajeron matrimonio antes de los 20 años, quienes cerca de la mitad tienen más de cinco hijos.

Su paridad aumenta al casarse jóvenes, además se ven influenciadas por la familia ascendente que generalmente es numerosa, pues en promedio estas mujeres tienen entre seis y nueve hermanos al igual que sus esposos y; la religión también ejerce influencia, al indicar que se deben aceptar todos los hijos que se conciben. La mayor parte de las mujeres de ambos grupos desean o hubieran querido tener menos de cinco hijos, pero el ambiente cultural interviene importantemente en este tipo de situaciones, pues la mujer en estas comunidades, es valorada por la cantidad de hijos que pueda tener. Aunque independientemente de esto la decisión del número de hijos se toma por los dos cónyuges, es claro ver que la intervención de terceras personas en esta determinación, es una costumbre que se está abandonando.

Ambos grupos de mujeres prefieren tener niños y niñas, para educar a cada hijo según su sexo y su entorno social, pues la educación de la mujer va orientada hacia la atención del hogar y la familia, y la del hombre hacia el mantenimiento económico de la familia, además se les fomenta la costumbre de minimizar a la mujer con la división de las obligaciones y la marcada autoridad sobre la esposa e hijos.

Los hijos son procreados principalmente por satisfacción emocional, pasan a ser lo más significativo en las vidas de estas mujeres, descartando la idea de que en el área rural los hijos sean concebidos para recibir de ellos ayuda física o apoyo económico, sin embargo hay mujeres que perciben a sus hijos como una inversión a largo plazo o



bien, otras que consideran que el tener hijos es un deber que debe cumplirse, aunque ello signifique problemas.

Hay una situación que aún prevalece firme y, es el tener muchos hijos como prueba de virilidad en el hombre, incluyendo el sexo preferentemente masculino de los hijos.

Ambos grupos de mujeres consideran a la planificación familiar como algo útil, ya que mejora el bienestar de la familia al espaciar los embarazos y tener sólo los hijos que se desean; aquellas que piensan que no sirve es por la información inadecuada que tienen o por el mal uso de los métodos anticonceptivos provocándose algunos problemas, de ahí que se extienda la idea de que son nocivos para la salud.

Los hombres opinan positivamente de la planificación familiar sobre todo los jóvenes, sin embargo su participación en la utilización de los métodos anticonceptivos, no es activa. Todavía hay hombres que se muestran renuentes o indiferentes, y esto contribuye a que su pareja no utilice los anticonceptivos.

Aunque una parte de la familia ascendente acepta la planeación de la familia, ésta aún no constituye un tema común, pues lo consideran una falta de respeto o porque esa decisión debe ser tomada por la pareja.

Es determinante el hecho de que al no tener una orientación, información y motivación con respecto a los métodos anticonceptivos, ciertas mujeres no acepten su uso. Como se pudo ver en uno y otro grupo, ellas carecen de conocimiento y si lo tienen no es confiable, lo cual distorsiona los objetivos de la planificación familiar y la finalidad de la metodología anticonceptiva, aunado a esto la actitud negligente de algunas instituciones que al perseguir sus propios fines, no respetan el derecho de la gente de no querer planificar, esto repercute en la imagen que la gente se crea en torno al personal de salud por lo que es más difícil abordarlos para proporcionarles información.

El medio de comunicación más común por el que reciben más información

sobre el tema, es la televisión, donde los mensajes que más se manejan son sobre planificación familiar y no métodos anticonceptivos. También reciben información por la enfermera y auxiliar de salud que es la más fidedigna pues así mismo la obtienen de gente de la comunidad. La auxiliar de salud juega un papel importante dentro de su comunidad ya que al proporcionar métodos anticonceptivos realiza promoción sobre la existencia del subsistema de planificación familiar, aunque hay gente que no tiene conocimiento de las tareas que desempeña la auxiliar de salud. Es notable que la falta de información influye mucho, porque hay un porcentaje mayor de mujeres no usuarias que carecen de ella lo que nos refleja que a menor información, disminuye la aceptación de los métodos anticonceptivos. Algo importante es la falta de coordinación entre el personal de salud acerca de la concordancia de la información que se brinda a la población.

Al término de esta investigación identificamos que los elementos socioculturales y religiosos, no ejercen gran influencia en la población para la aceptación de los métodos anticonceptivos, ya que no son tan sólidos como lo eran antes, es decir que paulatinamente esta población se está adecuando al modo de vida contemporáneo. El bajo nivel económico de la población hace que algunas mujeres utilicen un método anticonceptivo para espaciar sus embarazos o limitar el número de hijos con la finalidad de mejorar.

El principal factor que más afecta la aceptación de los métodos anticonceptivos es el nivel tan bajo de información que tiene la mayor parte de la gente en esta área. No obstante el subsistema de planificación familiar ha tenido una respuesta favorable por una porción de la población de los tres módulos, debido a la promoción realizada dentro de la comunidad, por la auxiliar de salud y la enfermera; la cual no ha sido suficiente y que repercute la decisión de algunas mujeres para no utilizar los métodos anticonceptivos.

#### 4. ALTERNATIVAS DE SOLUCION

#### 4. ALTERNATIVAS DE SOLUCION

- Es conveniente que la auxiliar de salud y la supervisora de auxiliares de cada módulo hagan promoción directa sobre el subsistema de planificación familiar haciendo énfasis en aquellas mujeres que no son usuarias, apoyándose en el papel que representan ciertas auxiliares en su comunidad, teniendo la seguridad de que así la gente tendrá una información veraz, pudiendo de esta manera aumentar el número de usuarias o al menos modificar la idea errónea que tienen sobre los métodos anticonceptivos.

- Es indispensable que las supervisoras, pero sobre todo las auxiliares manejen información completa sobre los siguientes conceptos: planificación familiar, métodos anticonceptivos, indicaciones, contraindicaciones, efectos colaterales, forma de administración, principalmente. Además de que la usuaria sea controlada convenientemente, por la auxiliar y supervisora.

- Es necesaria la capacitación constante y eficaz del personal de salud que prescribe métodos anticonceptivos, para mejorar la calidad del servicio de planificación familiar, así como las actividades que se realizan en la comunidad.

- Fomentar la participación activa de la auxiliar de salud dentro de los cuatro subsistemas de la E. E. C., evitando así que la auxiliar dependa de la supervisora para llevar a cabo sus actividades.

- Es preciso que exista coordinación entre el personal de salud de las diferentes dependencias sobre el tipo de información de los métodos anticonceptivos que se brinda a la población. Así como unificar criterios para la prescripción de los mismos.

- La elaboración de un programa específico sobre orientación sexual y planificación familiar, para los adolescentes, haciendo énfasis en la participación del hombre en el uso de los métodos contraceptivos, si se realiza una promoción constante y apropiada por el personal de salud, se puede influir de modo que disminuyan los embarazos en las adolescentes, y se mantenga la salud reproductiva de la mujer.

- Fomentar la planificación familiar respetando los derechos humanos, sin forzar a la gente a usar anticonceptivos; sino dirigirlos, educarlos y convencerlos que es para su propio beneficio y para el de su familia. El educar a la población sobre el uso de los métodos anticonceptivos implica indicarles su forma de administración, precauciones, contraindicaciones y la importancia de la vigilancia médica periódica.

- Es muy necesario que la supervisión a nivel jurisdiccional de las actividades que se realizan en las comunidades (por las auxiliares y supervisoras de auxiliares de salud), sea frecuente y eficaz, para el mejoramiento del servicio.

**GLOSARIO**

## GLOSARIO

**ABSTINENCIA.** Privación voluntaria de la satisfacción, parcial o total, de roces.

**ACTIVIDAD ECONOMICA.** Actividad destinada a producir bienes y servicios para el mercado, incluye la producción agrícola de autoconsumo.

**AMENORREA.** Ausencia de menstruación por más de 90 días.

**ANALFABETA.** Persona de 15 años y más que declare no saber leer y escribir un recado.

**ANTICONCEPTIVO.** Medio, práctica o agente que impide la fecundación, contraceptivo.

**CICLO MENSTRUAL.** Periodo de 28 +/- 5 días comprendido entre dos menstruaciones durante el cual se lleva a cabo la maduración de folículos ováricos, la ovulación y la formación de un cuerpo lúteo.

**CLOASMA.** Hiperpigmentación cutánea, localizada principalmente sobre la frente, sienes y mejillas.

**CONDUCTA.** Porte o manera con que los hombres gobiernan su vida y dirigen sus acciones.

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

**COSTUMBRE.** Hábito, modo habitual de obrar o proceder establecido por tradición o por la repetición de los mismos actos y que puede llegar a adquirir fuerza de precepto.

**CREENCIA.** Completo crédito que se presta a un hecho o noticia como seguros o ciertos.

**CRIPTORQUIDIA.** Defecto del desarrollo en el cual uno o ambos testiculos no logran descender a las bolsas escrotales y permanecen dentro del abdomen o el conducto inguinal.

**CULTURA.** Conjunto de modos de vida y costumbres, conocimiento y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época o grupo social, etc.

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

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

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

**ELECTROPULGURACION.** Dícese de las técnicas quirúrgicas, endoscópicas, etc., que utilizan la aplicación de electricidad de alta frecuencia para producir destrucción de tejidos anómalos (tumores, pólipos, etc.)

**ENIGRAR.** Dejar o abandonar una persona o familia, pueblo o su propio país con ánimo de establecerse en otro extranjero. Ausentarse temporalmente del propio país para hacer en otro determinadas faenas.

**ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA.** Inflamación de las estructuras pélvicas, útero y trompas uterinas.

**ENFERMEDAD TRANSMISIBLE SEXUALMENTE.** Infección adquirida mediante el coito, intercambio de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales.

**ESPERANZA DE VIDA.** Promedio del número de años que se espera que viva un individuo de una determinada edad si se mantienen las tasas de mortalidad actuales.

**ESTASIS.** Estancamiento de la sangre u otro líquido en una parte del cuerpo.

**EXCUSADO.** Instalación sanitaria de la vivienda destinada al desalojo de los desechos humanos (se considera como excusado a la letrina, pozo negro o retrete).

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

**FECUNDIDAD.** Facultad de los seres vivos para reproducirse, capacidad fisiológica de participar en la reproducción.



**HEMATOMA.** Acumulación tisular de sangre extravascular.

**HEMORRAGIPARAS.** Que produce hemorragia.

**HIDROCELE.** Acumulación de líquido claro en el saco de la túnica vaginal de los testículos.

**ICTERICIA.** Pigmentación de la piel de color amarillo, debida al incremento en las cifras de bilirrubina circulante.

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

**INGRESO.** Percepción total en dinero o ingreso monetario total que la persona ocupada declare haber recibido por su trabajo a la semana, a la quincena, al mes o al año.

**LEIOMIOMATOSIS.** Término que se refiere a la presencia de múltiples leiomiomas.

**LOCALIDAD.** Lugar en que se ubica una vivienda o conjunto de viviendas que están cercanas unas de otras y donde por lo menos una está habitada. El lugar es reconocido comúnmente por un nombre dado por la ley o la costumbre.

**MORAL.** Perteneciente o relativo a las acciones o caracteres de las personas, desde el punto de vista de la bondad o malicia. Que no pertenece al campo de los sentidos, por ser de la apreciación del entendimiento o de la conciencia.

**MUNICIPIO.** Base de la división territorial y de la organización político-administrativa de las Entidades Federativas.

**NECESIDAD.** Carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida.

**NORMA.** Regla que se debe seguir o a que se deben ajustar las conductas, tareas, actividades, etc.

**PARIDAD.** Estado de una mujer con respecto a haber dado a luz hijos viables, número de niños a término habidos anteriormente por una mujer, excluidos los abortos tempranos, pero incluidos los nacidos muertos.

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

**POSABORTO.** Período asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución de la interrupción del embarazo menor de 21 semanas.

**POSCESAREA.** Período asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución quirúrgica abdominal de un embarazo de 21 semanas o más.

**POSPARTO.** Período asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución por vía vaginal de un embarazo de 21 semanas o más.

**PRECAUCION.** Es la situación de riesgo a la salud por la cual se debe valorar, bajo criterio clínico, la conveniencia o no de administrar, aplicar o practicar un método anticonceptivo.

**PUERPERIO.** Proceso que se inicia al término de la expulsión del feto y sus anexos y finaliza al concluir la involución de los órganos genitales maternos. Su duración aproximada es de seis semanas o cuarenta y dos días, y comprende tres períodos: inmediato, las primeras 24 horas; mediato, del segundo al séptimo día; y tardío, desde el octavo hasta el cuadragésimo segundo día posparto.

**RELIGION.** Culto al que declare pertenecer una persona. Las religiones se clasifican en católica, protestante o evangélica, judaica y otras.

**REPRODUCCION.** Formación de un nuevo organismo a partir de otros preexistentes, propia de los seres vivos.

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

**SALUD REPRODUCTIVA.** Es el estado de completo bienestar físico, mental y

social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción así como en el ejercicio de la sexualidad.

**SEXO.** Condición orgánica que distingue a las personas en hombres y mujeres.

**TRADICION.** Doctrina, costumbre, etc., conservada en un pueblo por transmisión de padres a hijos.

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

**VIVIENDA.** Recinto delimitado normalmente por paredes y techos, cuyo acceso es independiente que está habitado por personas, donde generalmente éstas preparan sus alimentos, comen, duermen y se protegen del medio ambiente.

**ZOOZOSIS.** Enfermedad de los animales, generalmente vertebrados, que puede adquirir el hombre.

**ANEXOS**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CUESTIONARIO

Objetivo: Conocer las causas que influyen en la aceptación de los métodos anticonceptivos en la población femenina de las comunidades rurales de los módulos de Charo, Tarímbaro y Uruétaro.

Conteste brevemente y sea verídica en sus respuestas

I.- DATOS GENERALES

Edad:\_\_\_\_\_ Estado civil:\_\_\_\_\_ Religión:\_\_\_\_\_

Ocupación:\_\_\_\_\_ Escolaridad:\_\_\_\_\_

II.

1.- Cuánto dinero entra mensualmente a su casa, para el gasto familiar?  
 -----

2.- Quiénes aportan este dinero?  
 -----

3.- De qué material está hecha su casa?  
 -----

4.- Cuántos cuartos tiene?  
 -----

5.- Cuántas personas viven en ella?  
 -----

III.

6.- A qué edad se casó usted?  
 -----

7.- Cuántos hijos tiene?  
 -----

8.- Cuántos hijos hubiera deseado tener?  
 -----

9.- Qué es para usted un hijo?  
 -----

- 10.- Si hubiese tenido la oportunidad, de qué sexo hubiera escogido a sus hijos?  
-----
- 11.- Quién decide en su familia el número de hijos que deben tener?  
-----
- 12.- Qué utilidad puede tener la planificación familiar?  
-----
- 13.- Qué opina su pareja de la planificación familiar?  
-----
- 14.- Su familia, qué piensa de la planificación familiar?  
-----
- 15.- Cuántos hermanos tiene usted y su esposo?  
-----
- 16.- De qué manera influye su religión en la utilización de los métodos anticonceptivos?  
-----  
-----
- IV.
- 17.- Sabe usted qué es un método anticonceptivo?  
-----
- 18.- Mencione uno y diga cómo se utiliza  
-----  
-----
- 19.- Usted se controla para no tener hijos?  
-----
- 20.- En caso de que su respuesta sea no, diga por qué?  
-----  
-----
- 21.- Con qué lo hace?  
-----
- 22.- Qué información sobre planificación familiar, ha escuchado o visto en la radio o T.V.? -----

-----  
23.- Sabía que la auxiliar proporciona métodos anticonceptivos?  
-----

24.- Cómo se enteró?  
-----

25.- Quién le ha hablado a usted sobre planificación familiar?

( ) Auxiliar de salud

( ) Enfermera y pasante de enfermería

( ) Médico

( ) Otro, especifique -----

( ) Varios

( ) Nadie

**BIBLIOGRAFIA**



## BIBLIOGRAFIA

- AYALA TORRES, Diana, Diagnóstico de Comunidad del Módulo de Uruétaro,  
Michoacán, 1994.
- BEALS, Ralph L., Introducción a la Antropología, 3a. ed., Edit.  
España, 1978; 813 p.
- BENITEZ, Raúl, La Fecundidad Rural en México, Edit. U.N.A.M., México  
1983; 495 p.
- BRAIER, L., Diccionario Enciclopédico de Medicina, 4a. ed., Edit. Jims,  
España, 1980; 1165 p.
- CALATRONI, Ginecología, 2a. ed., Edit. Médica Panamericana, Buenos  
Aires, 1986; 512 p.
- CARRASCO NARRO, Control de la Natalidad en México y América Latina,  
Ediciones Científicas, México, 1965; 194 p.
- Consejo Nacional de Población, Programa Nacional de Planificación  
Familiar, 1985-1988, México, 93 p.
- CORONADO DE LA LUZ, Rocío, Diagnóstico de Comunidad del Módulo de  
Tarímbaro, Michoacán, 1994.
- CHINOY, Ely, La sociedad. Una Introducción a la Sociología, Edit. Fondo  
de Cultura Económica, México, 1966; 423 p.
- DEXEUS TRIAS DE BES, Anticoncepción, 29a. ed., Edit. Salvat, España,  
1989; 233 p.

Diario Oficial de la Federación, Organo del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, Norma Oficial Mexicana de los Servicios - de Planificación Familiar, Tomo CDLXXXVIII No. 20, México, 30 de mayo - de 1994.

FIGUEROA C., Beatriz, La Fecundidad en México. Cambios y Perspectivas, Edit. El Colegio de México; México, 1989; 454 p.

GALLY, Esther, Sexualidad Humana y Planificación Familiar, Edit. Pax, México, 1976; 99 p.

IBARRA NADER, Katya, Diagnóstico de Comunidad del Módulo Morelia III, Charo, Michoacán 1994.

JOVEN MARIED, Jorge, et. al., Diccionario de Medicina, Edit. Marín, España, 1986; 1098 p.

LAST, John, Diccionario de Epidemiología, Edit. Salvat, España 1989; 200 p.

MALDONADO, Oscar, Los Católicos y la Planeación Familiar, Edit. Instituto Mexicano de Estudios Sociales, México, 1969; 179 p.

NAGHI NAMARFOROOSH, Mohammad, Administración de Programas de Planificación Familiar, Edit. Limusa, México, 1984; 331 p.

PICK DE WEISS, Susan, Estudio Social Psicológico de la Planificación Familiar, Edit. Siglo XXI, México, 1979; 255 p.

REEDER, Sharon, et. al., Enfermería Materno-Infantil, 15a, ed., Edit

Harla, México, 1990; 232 p.

SALVAT, Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 12a, ed., España  
1984; 1209 p.

SAN MARTIN, Hernán, Salud y Enfermedad, 4a. ed., Edit. La Prensa Médica  
Mexicana, México, 1981; 893 p.

Secretaría de Salud, Actualización en Métodos Anticonceptivos, México,  
1993; 47 p.

Secretaría de Salud, Educación Sexual y Planificación Familiar en la  
Adolescencia, México, 1990; 268 p.

Secretaría de Salud, Estrategia de Extensión de Cobertura, México 1993;  
31 p.

Secretaría de Salud, Planificación Familiar y Salud Reproductiva.