

00921
18



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**EFFECTIVIDAD DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS
NATURALES Y FACTORES QUE CONDICIONAN SU USO EN
MUJERES EN EDAD FERTIL DE LAS UNIDADES MOVILES
MILPILLAS Y BARRANQUILLAS DE LA JURISDICCION
No. 5 URUAPAN, MICHOACAN.**

T E S I S G R U P A L
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A N :
BAEZ LOPEZ LUZ MARIA
LOPEZ CRUZ ROSALBA

DIRECTOR DEL TRABAJO: LIC. EZEQUIEL CANELA NUÑEZ

*Director General de
Escuelas de Enfermería y Obstetricia
Comisión de
Servicio Social*

MEXICO, D. F.

2003



a



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Vo. Bó.

Lic. Ezequiel Canela Nuñez
Asesor

b

AGRADECIMIENTOS

Al Lic. Ezequiel Canela Núñez con admiración y respeto ya que con su valioso apoyo y dirección logró transmitir los conocimientos necesarios para la elaboración de la presente tesis.

A la Universidad Nacional Autónoma de México en especial a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, esperando que siga formando Enfermeros con un excelente nivel académico y un alto valor humano.

A nuestros maestros porque han sido parte de nuestra formación profesional.

A la Jurisdicción No. 5 por todo el apoyo brindado durante la realización del servicio social.

A las auxiliares de salud de las Unidades Móviles Milpillas y Barranquillas por su colaboración y compañía durante nuestra estancia en estas unidades.

A todas aquellas personas que desinteresadamente colaboraron en la realización de este trabajo.

Gracias

Luz y Rosalba

A mis padres.

Por que me han impulsado siempre a seguir adelante y con su apoyo me han ayudado a alcanzar una meta más en la vida.

A mis sobrinos.

Isa, Diego, Moni y Pamela porqué con su inocencia me han enseñado a descubrir lo hermoso de la vida, y esperando que este esfuerzo los motive a seguir adelante.

A mis hermanos.

Ya que con su ejemplo y tolerancia han sabido alentarme para no darme por vencida.

A todos mis familiares y amigos.

Que de alguna manera me han motivado a superarme y están al pendiente de mi.

Gracias
Luz

A mi madre.

Por ayudarme a hacer posible un logro más en mi vida, por la fe que depositó en mí y por darme todo sin esperar nada a cambio.

A mi hermana.

Por el cariño y apoyo que siempre me ha brindado.

A mi tía Beni y a su familia.

Por estar cerca de mí y alentarme para llegar a la culminación de mi profesión.

A familiares y amigos.

Por su paciencia y apoyo para cumplir mis objetivos.

Gracias
Rosalba

ÍNDICE

| | Pág. |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| JUSTIFICACIÓN | 3 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 5 |
| OBJETIVOS | 6 |
| METODOLOGÍA | 7 |
| 1. MARCO TEÓRICO | 12 |
| 1.1 Antecedentes del Programa de Salud Rural. | 13 |
| 1.2 Antecedentes generales de Uruapan. | 18 |
| 1.3 Antecedentes generales de los municipios de San Juan Nuevo Parangaricutiro y Tancítaro, Michoacán. | 19 |
| 1.3.1 Datos históricos del municipio Nuevo Parangaricutiro. | 19 |
| 1.3.2 Datos históricos del municipio de Tancítaro. | 20 |
| 1.3.3 Organización social de los municipios Nuevo Parangaricutiro y Tancítaro, Michoacán. | 22 |
| 1.3.4 Organización económica de los municipios Nuevo Parangaricutiro y Tancítaro, Michoacán. | 23 |
| 1.3.5 Pirámide poblacional. | 24 |
| 1.4 La salud reproductiva y sus componentes. | 25 |
| 1.5 Generalidades sobre planificación familiar. | 27 |
| 1.5.1 Características de los servicios de planificación familiar. | 29 |
| 1.5.2 Principios en la planificación familiar. | 30 |
| 1.6 Consejería en planificación familiar. | 32 |
| 1.7 Factores que influyen en la planificación familiar. | 33 |
| 1.7.1 Factores biológicos. | 34 |
| 1.7.2 Factores socioculturales. | 36 |
| 1.7.3 Factores económicos. | 40 |

| | Pág. |
|--|-------------|
| 1.7.4 Factores relacionados con los servicios de salud. | 42 |
| 1.8 Respuesta sexual humana. | 42 |
| 1.8.1 Patrones de la respuesta sexual. | 44 |
| 1.8.2 Respuesta sexual femenina. | 47 |
| 1.8.3 Respuesta sexual masculina. | 48 |
| 1.9 Ciclo ovárico. | 49 |
| 1.10 Clasificación de los métodos anticonceptivos. | 52 |
| 1.10.1 Efectividad anticonceptiva. | 54 |
| 1.11 Generalidades sobre métodos anticonceptivos naturales. | 56 |
| 1.12 Métodos anticonceptivos naturales. | 57 |
| 1.12.1 Método del ritmo, calendario o de Ogino- Knaus. | 57 |
| 1.12.2 Método del moco cervical o Billings. | 58 |
| 1.12.3 Método de la Temperatura basal. | 61 |
| 1.12.4 Método sintotérmico. | 63 |
| 1.12.5 Coito interrumpido. | 63 |
| 1.12.6 Lactancia materna. | 65 |
| 2. ANÁLISIS Y RESULTADOS | 68 |
| 3. CONCLUSIONES | 93 |
| 4. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN | 97 |
| 5. ANEXOS | 100 |
| 6. GLOSARIO | 105 |
| BIBLIOGRAFÍA | 108 |

ÍNDICE DE CUADROS

Pág.

| | | |
|-----------------|---|----|
| Cuadro No.1 | Edad de las mujeres que utilizan algún método anticonceptivo natural de las unidades móviles Milpillás y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. | 77 |
| Cuadro No. 2 | Tipo de método natural que utilizan las mujeres de las unidades móviles Milpillás y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. | 78 |
| Cuadro No. 3 | Efectividad de los anticonceptivos naturales en relación a los años de uso y al número de hijos de las mujeres en edad fértil de las unidades móviles Milpillás y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. | 79 |
| Cuadro No. 3.1. | Efectividad de los anticonceptivos naturales en relación a los años de uso y al período intergenésico de las mujeres en edad fértil de las unidades móviles Milpillás y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. | 80 |

Cuadro No. 4 Influencia de la religión en el uso de métodos anticonceptivos naturales en las mujeres en edad fértil de las unidades móviles Milpillás y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. 81

Cuadro No. 4.1 Motivos por los cuales influye la religión en la decisión del uso del método anticonceptivo actual en las parejas de las unidades móviles Milpillás y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. 82

Cuadro No. 4.2 Motivos por los que no influye la religión en la decisión del uso del método anticonceptivo actual en las parejas de las unidades móviles Milpillás y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. 83

Cuadro No. 5 Nivel de estudios en las mujeres de las unidades móviles Milpillás y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. 84

Cuadro No. 6 Ingreso semanal en las familias de las unidades móviles Milpillás y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. 85

h

| | | |
|----------------|---|----|
| Cuadro No. 7 | Influencia de la familia en el uso del método actual en las parejas de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. | 86 |
| Cuadro No. 8 | Toma de decisiones en las familias de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. | 87 |
| Cuadro No. 9 | Utilización previa de anticonceptivos artificiales en relación con el número de hijos en las mujeres en edad fértil de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. | 88 |
| Cuadro No. 9.1 | Motivos por los que suspendieron el uso de métodos artificiales las mujeres de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. | 89 |
| Cuadro No. 9.2 | Motivos por los que no han utilizado métodos artificiales las mujeres de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. | 90 |

Cuadro No. 10 Conocimiento sobre el funcionamiento del método natural que utilizan las mujeres de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. 91

Cuadro No. 11 Motivos que interfieren con la satisfacción sexual en las parejas que utilizan métodos anticonceptivos naturales en las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. 92

j

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Pág.

| | | |
|-----------------|---|----|
| Gráfica No. 1 | Edad de las mujeres que utilizan algún método anticonceptivo natural de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. | 77 |
| Gráfica No. 2 | Tipo de método natural que utilizan las mujeres de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. | 78 |
| Gráfica No. 3 | Efectividad de los anticonceptivos naturales en relación a los años de uso y al número de hijos de las mujeres en edad fértil de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. | 79 |
| Gráfica No. 3.1 | Efectividad de los anticonceptivos naturales en relación a los años de uso y al período intergenésico de las mujeres en edad fértil de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. | 80 |
| Gráfica No. 4 | Influencia de la religión en el uso de métodos anticonceptivos naturales en las mujeres en edad fértil de las unidades móviles | |

| | Pág. |
|--|-----------|
| Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No.5 del estado de Michoacán. | 81 |
| Gráfica No. 4.1 Motivos por los cuales influye la religión en la decisión del uso del método anticonceptivo actual en las parejas de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. | 82 |
| Gráfica No. 4.2 Motivos por los que no influye la religión en la decisión del uso del método anticonceptivo actual en las parejas de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. | 83 |
| Gráfica No. 5 Nivel de estudios en las mujeres de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. | 84 |
| Gráfica No. 6 Ingreso semanal en las familias de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. | 85 |
| Gráfica No. 7 Influencia de la familia en el uso del método actual en las parejas de la unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. | 86 |

L

| | | |
|-----------------|---|----|
| Gráfica No. 8 | Toma de decisiones en las familias de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. | 87 |
| Gráfica No. 9 | Utilización previa de anticonceptivos artificiales en relación con el número de hijos en las mujeres en edad fértil de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. | 88 |
| Gráfica No. 9.1 | Motivos por los que suspendieron el uso de métodos artificiales las mujeres de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. | 89 |
| Gráfica No.9.2 | Motivos por los que no han utilizado métodos artificiales las mujeres de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. | 90 |
| Gráfica No. 10 | Conocimiento sobre el funcionamiento del método natural que utilizan las mujeres de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán. | 91 |

Gráfica No. 11 Motivos que interfieren con la satisfacción sexual en las parejas que utilizan métodos anticonceptivos naturales en las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.

INTRODUCCIÓN

La salud reproductiva se entiende como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos, es decir, es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

La posibilidad de regular la fecundidad es un derecho humano fundamental que condiciona el estilo de vida y las posibilidades de tener el tamaño de familia que se desea, a lo que la pareja puede mantener en mejores condiciones y dotar de cuidados esenciales. Es una intervención importante cuyos beneficios son no sólo de salud, sino que permite a las mujeres y a los hombres tomar decisiones básicas sobre sus propios cuerpos y sus vidas y también les garantiza el ejercicio pleno de su sexualidad.

La presente investigación se realizó con el fin de conocer la efectividad de los métodos anticonceptivos naturales y los factores que condicionan su uso en las mujeres en edad fértil de las unidades móviles Milpillás y Barranquillas en la Jurisdicción No. 5 de Uruapan, Michoacán. Ya que en el transcurso del servicio social se observó que el índice de usuarios en el programa de planificación familiar no era elevado, de igual forma el índice de natalidad.

En la estructura del marco teórico se presentan los siguientes temas: antecedentes del programa de salud rural, antecedentes generales de Uruapan, antecedentes

generales de los municipios Nuevo Parangaricutiro y Tancítaro, la salud reproductiva y sus componentes, generalidades sobre planificación familiar, consejería en planificación familiar, factores que influyen en la planificación familiar, respuesta sexual humana, ciclo ovárico, clasificación de los métodos anticonceptivos, generalidades sobre métodos anticonceptivos naturales y métodos anticonceptivos naturales.

Los siguientes capítulos muestran los análisis y resultados, conclusiones, alternativas de solución, anexos y glosario.

Por último cabe mencionar que la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el componente de planificación familiar en el programa de salud rural es importante, ya que es el encargado de dar a conocer y divulgar todos los anticonceptivos tanto artificiales como naturales respetando las creencias y costumbres de la población con la que trabaja. Así mismo este trabajo puede ser importante para el personal que labora en las unidades de salud, para brindar una mejor atención en el programa de planificación familiar.

JUSTIFICACIÓN

La salud reproductiva se entiende como el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos, es decir, es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. Por lo que dentro de los servicios del programa de salud rural se encuentra contemplada la atención y consejería de planificación familiar a la población en general.

Por consiguiente, durante el transcurso del servicio social el pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia brinda una atención y consejería a las comunidades del área de responsabilidad, por lo que se observó que en dicho programa no existe un gran índice de usuarias. Al finalizar el servicio social en las unidades móviles Milpillal y Barranquillas existía un total de 887 mujeres en edad fértil, lo que representaba una tercera parte del total de la población femenina, de las cuales algunas eran solteras y no llevan una vida sexual activa, otras más, sus parejas emigraron y un pequeño porcentaje se encontraban embarazadas.

Del total de las mujeres en edad fértil en el programa de planificación familiar se contaban con 157 usuarias en las dos unidades de salud distribuidas de la siguiente manera: 22 utilizaban hormonales orales, 27 utilizaban hormonales inyectables, 19 utilizaban DIU, 70 utilizaban preservativo y 19 más tenían un método definitivo.

Por todo lo anterior se decide investigar algunas otras alternativas de planificación

familiar de las mujeres en edad fértil con vida sexual activa que no utilizaban algún método anticonceptivo artificial, encontrándose que una gran mayoría de éstas mujeres utilizaban un anticonceptivo natural, el cual no es contemplado dentro del programa de planificación familiar.

Por tal motivo se decide realizar la presente investigación para conocer la efectividad de los métodos anticonceptivos naturales como el método del ritmo, Billings, temperatura basal, coito interrumpido y lactancia materna, y así mismo identificar los factores que condicionan el uso en las mujeres en edad fértil en las unidades móviles Milpillan y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 de Uruapan, Michoacán.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Cual es el grado de efectividad de los métodos anticonceptivos naturales y factores que condicionan su uso en mujeres en edad fértil de las unidades móviles Milpillás y Barranquillas de la Jurisdicción No. 05 en Uruapan, Michoacán?

OBJETIVOS

GENERAL

Conocer el grado de efectividad de los métodos anticonceptivos naturales y los factores que condicionan su uso en las mujeres en edad fértil de las unidades móviles Milpillars y Barranquillas en la Jurisdicción No.5 de Uruapan, Michoacán.

ESPECÍFICOS

- **Identificar la efectividad de los métodos anticonceptivos naturales en las mujeres de 15 a 45 años de edad que no utilizan algún anticonceptivo artificial con vida sexual activa.**
- **Identificar los factores biológicos, socioculturales y económicos que condicionan el uso de métodos anticonceptivos naturales en mujeres de 15 a 45 años de edad.**

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de una investigación descriptiva, transversal y observacional, ya que comprende la descripción, el registro, el análisis e interpretación de la situación de las comunidades en estudio.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Mujeres en edad fértil con vida sexual activa que no utilicen un método anticonceptivo artificial en las comunidades de responsabilidad de las unidades móviles Milpillás y Barranquillas de la Jurisdicción No. 05 en Uruapan, Michoacán.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres en edad fértil de 15-45 años.
- Mujeres que tengan vida sexual activa.
- Mujeres que no utilicen un método artificial.
- Mujeres que vivan en las localidades del área de responsabilidad de las unidades móviles Milpillás y Barranquillas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres que no se encuentren en edad fértil.
- Mujeres embarazadas.
- Mujeres que no tengan vida sexual activa.
- Mujeres que utilicen algún método artificial.

- **Mujeres que no vivan en las localidades del área de responsabilidad de las unidades móviles Milpillitas y Barranquillas.**

MUESTRA

Se estudiaron 100 mujeres de 15 a 45 años de edad que no utilizan un método de planificación artificial.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La selección de las mujeres para la realización del estudio se tomó aleatoriamente, previa entrevista, tomando en cuenta que reunieran los criterios de inclusión.

ESTRUCTURA DEL MARCO TEÓRICO

Se recabó información bibliográfica, hemerográfica, y los datos obtenidos se guardaron en fichas de trabajo y bibliográficas.

CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.

Se realizó investigación de campo, utilizando como método la entrevista y el registro se hizo en un cuestionario que se elaboró para tal propósito.

PROCESAMIENTO DE DATOS

El procesamiento de datos se llevó a cabo a través de tarjetas simples.

PRESENTACIÓN

La información recabada en el trabajo de campo se presenta en cuadros y gráficas.

ANÁLISIS

El análisis se llevó a cabo a través de la confrontación de los datos obtenidos en el estudio de campo, con el marco teórico referencial y la observación del fenómeno por parte de los investigadores.

CONCLUSIONES

Las conclusiones fueron la consecuencia del análisis, así mismo fue la base para el planteamiento de alternativas de solución.

DEFINICIÓN NOMINAL DE VARIABLES

EDAD. Medida del tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona.

TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO NATURAL. Característica general de las diferentes variedades de los anticonceptivos no artificiales.

TIEMPO DE USO. Duración de la práctica habitual.

NÚMERO DE HIJOS. Cantidad de seres provenientes de una pareja.

PERÍODO INTERGENÉSICO. Intervalo de tiempo entre un embarazo y otro.

INFLUENCIA DE LA RELIGIÓN. Poder y autoridad que ejerce un fenómeno social por el cual una comunidad se siente unida entre sí con lo divino, sagrado o santo.

GRADO DE ESCOLARIDAD. Nivel de estudios con que cuenta un individuo.

NIVEL ECONÓMICO. Grado de bienestar material común a una colectividad social considerada homogénea.

OCUPACIÓN. Actividad que se realiza cotidianamente.

INFLUENCIA FAMILIAR. Poder y autoridad que ejercen personas unidas por vínculos de parentesco natural o consanguíneo.

TOMA DE DECISIONES. Emplear o usar una determinación.

USO PREVIO DE MÉTODOS ARTIFICIALES. Práctica anterior de algún anticonceptivo no natural.

CONOCIMIENTO DEL USO DEL MÉTODO NATURAL. Percibir el entendimiento de la práctica sobre la anticoncepción natural.

SATISFACCIÓN SEXUAL. Placer en la relación coital.

CLASIFICACIÓN DE VARIABLES POR TIPO, ESCALA, Y CATEGORÍA

| VARIABLE | TIPO | ESCALA | CATEGORÍA |
|---------------------------------------|--------------|--------------------|---|
| Edad (años) | Cuantitativo | Ordinal | 15-20,21-25,26-30,31-35,36-40,41-45 |
| Tipo de método anticonceptivo natural | Cualitativa | Nominal | Ritmo, Billings, coito interrumpido, lactancia materna, coito interrumpido-lactancia. |
| Uso previo de métodos artificiales | Cualitativa | Nominal/Dicotómica | Sí No |
| Tiempo de uso (años) | Cuantitativo | Ordinal | 1-3, 4-6, 7-9, 10 y más. |
| Numero de hijos | Cuantitativo | Ordinal | 0-2, 3-4, 5-6, 7-8 |
| Periodo intergenésico (años) | Cuantitativa | Ordinal | 1-2, 3-4, 5-6, 7 y más |
| Influencia de la religión | Cualitativa | Nominal/Dicotómica | Sí No |
| Grado de escolaridad | Cualitativa | Nominal | Analfabeta, sabe leer y escribir, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, bachillerato. |
| Ocupación | Cualitativa | Nominal | Productivo y no productivo |
| Nivel económico | Cuantitativa | Ordinal | 200-300 pesos, 400-500 pesos, 600-700 pesos, 800-900 pesos, 1000 pesos y más. |
| Influencia familiar | Cualitativo | Nominal/Dicotómica | Sí No |
| Toma de decisiones | Cualitativo | Nominal | Usted, esposo, ambos, otros. |
| Conocimiento sobre el uso del método. | Cualitativo | Nominal/Dicotómica | Sí No |
| Satisfacción sexual | Cualitativo | Nominal/Dicotómica | Sí. No. |

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES DEL PROGRAMA DE SALUD RURAL

ANTECEDENTES

En 1930 se inició con la atención médica rural con personal en servicio social, en 1943 se crea la Secretaría de Salud como tal y se inicia la construcción de centros de salud para iniciar la operación de los servicios, en 1954 con la creación del programa de bienestar social rural se da inicio a la atención materno infantil y médico asistencial estableciéndose dos años más tarde los servicios médicos rurales operativas que posteriormente integrarían los servicios coordinados de la Secretaría de Salubridad y asistencia pública. En 1973 con la elaboración del plan nacional de salud surge el programa de estrategia de extensión de cobertura con el cual se trabajó en las casas de salud en localidades menores de 2500 habitantes atendidas por una auxiliar capacitada y asesorada por una supervisora y un médico pasante en servicio social con visitas en forma rotatoria, programa que se mantuvo hasta 1985, operado por una supervisora de auxiliares que era la que asesoraba a las auxiliares en actividades de los programas de planificación familiar, atención materno infantil y promoción a la salud la cual se mantuvo hasta 1998.

En octubre de 1980, la SSA y la UNAM, suscribieron un programa específico de colaboración cuyo objetivo primordial fue contribuir al mejoramiento de la calidad de los servicios que se proporcionaban en estrategia de extensión de cobertura a través de la capacitación de las auxiliares de salud y por otra parte complementar la enseñanza teórico practica de los pasantes de la Licenciatura de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM.

Como resultado de la evaluación de los logros obtenidos, así como de las políticas de salud de brindar un paquete de servicio básico a las comunidades rurales dispersas y/o marginadas que carecen de servicios de salud, las autoridades del Estado de Michoacán ponen en marcha en Octubre de 1998 el programa de salud rural el cual ofrece a la población 15 acciones básicas que se caracterizan por su alta efectividad y su enfoque principalmente de tipo preventivo como respuesta al

esfuerzo del gobierno federal por brindar mejores servicios a este tipo de comunidades y lograr su incorporación al desarrollo del estado y procurando el abatimiento de la pobreza extrema.¹ Las acciones de dicho paquete consisten en: Saneamiento básico a nivel familiar, manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar, tratamiento antiparasitario a las familias, atención de infecciones respiratorias agudas, prevención y control de tuberculosis pulmonar, prevención y control de hipertensión arterial y diabetes mellitus, inmunizaciones, vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño, servicios de planificación familiar, atención prenatal del parto y puerperio, prevención de accidentes, participación social, prevención y control de cáncer cervico – uterino, prevención y control de enfermedades bucales, y prevención y control de enfermedades transmitidas por vector.²

En 1999 se incorpora los beneficios del programa de educación, salud y alimentación a comunidades de responsabilidad del programa de salud rural, aumentando la cobertura de atención y el beneficio a la población más vulnerable. En la Jurisdicción el programa de salud rural inicio en 1998 con cuatro unidades atendiendo 40 localidades y 17 125 habitantes. Para 1999 ya había cinco unidades, se atendieron 75 localidades y 18 455 habitantes. El incremento es evidente de tal manera que para el año 2000 se atendieron 151 localidades y 14 351 habitantes. En el año 2001 155 localidades y 15 108 habitantes. En el año 2002 se atienden 152 localidades.³

¹ Secretaría de Salud de Michoacán. Programa de Salud Rural 2002. Pág. 1-15.

² Secretaría de Salud de Michoacán. Paquete Básico de Servicios de Salud 1999. Pág. 16.

³ Secretaría de Salud de Michoacán. Programa de Salud Rural 2002. Pág. 16.

POBLACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR UNIDAD MÓVIL POR MUNICIPIO EN SALUD RURAL

| UNIDAD MÓVIL | MUNICIPIO (S) |
|---------------|-----------------------|
| APUNDARO | TANCÍTARO |
| BARRANQUILLAS | TANCÍTARO |
| CEBADILLA | NUEVO URECHO |
| | TARETAN |
| | ZIRACUARETIRO |
| CUTZATO | URUAPAN |
| MILPILLAS | NUEVO PARANGARICUTIRO |
| PALITO VERDE | URUAPAN |
| | LOMBARDIA |
| PLAN DE AYALA | PERIBAN |
| TOTAL 7 | 8 |

FUENTE: Programa de Salud Rural 2002.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

REGIONALIZACIÓN OPERATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD 2001 UNIDAD MÓVIL MILPILLAS, EN EL MUNICIPIO DE SAN JUAN NUEVO PARANGARICUTIRO.

| MUNICIPIO | LOCALIDAD | AUXILIAR DE SALUD | TRASLADO | | DÍAS DE SERVICIOS POR MES |
|--------------------------------|---------------|-------------------|----------|---------|---------------------------|
| | | | Km | Minutos | |
| NUEVO SAN JUAN PARANGARICUTIRO | MILPILLAS | 1 | 4 | 15 | 2 |
| | LA ALBERCA | | 14 | 40 | 2 |
| | LOS AGUACATES | 1 | 6 | 20 | 2 |
| | LAS BARRANCAS | 1 | 24 | 60 | 2 |
| | EL MESON | | 26 | 70 | 2 |
| | LA PACATA | 1 | 23 | 50 | 2 |
| | RANCHO NUEVO | 1 | 21 | 40 | 2 |
| | RANCHO VIEJO | 1 | 16 | 60 | 2 |
| | LOS ARROYOS | | 21 | 70 | 2 |
| | EL DIEZMO | | 11 | 30 | 2 |
| | EL VERGEL | | 8 | 20 | 2 |
| | EL PINABETE | | 10,5 | 35 | 2 |
| | LA GUEYERA | | 14 | 60 | 1 |
| | SAN ANTONIO | 1 | 10 | 25 | 2 |
| | ARANDÍN | 1 | 3 | 10 | 4 |
| | LA PERITA | | 4 | 15 | 1 |
| | CANOA ALTA | 1 | 17 | 30 | 2 |
| | ZIRICUTI | 1 | 22 | 60 | 2 |
| | EL ZOROMUTAL | 1 | 25 | 80 | 2 |

FUENTE: Diagnóstico de Salud de Nuevo Parangaricutiro, Mich. 2002.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

REGIONALIZACIÓN OPERATIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD 2001 UNIDAD MÓVIL BARRANQUILLAS, EN EL MUNICIPIO DE TANCÍTARO.

| MUNICIPIO | LOCALIDAD | AUXILIAR DE SALUD | TRASLADO | | DÍAS DE SERVICIO |
|-----------|----------------|-------------------|----------|---------|------------------|
| | | | Km | Minutos | |
| TANCÍTARO | ACUMBARO | 1 | 19 | 50 | 2 |
| | LA CAÑADA | 1 | 24 | 70 | 1 |
| | EL CHUPADERITO | 1 | 32 | 105 | 1 |
| | PUCUARO | 1 | 26 | 40 | 2 |
| | LA TINAJA | 1 | 20 | 60 | 2 |
| | LAS JOYAS | 1 | 25 | 85 | 2 |
| | BARRANQUILLAS | 2 | 22 | 60 | 2 |
| | LOS GRANADOS | 1 | 15 | 45 | 2 |
| | EL NÓPAL | 1 | 93 | 120 | 2 |
| | EL ZAPOTE | 1 | 20 | 35 | 2 |
| | EL CORTIJO | 1 | 25 | 55 | 2 |
| | ZOROMUTARO | 1 | 20 | 50 | 2 |
| | BELEN | | 27 | 90 | 1 |
| | RANCHO NUEVO | 1 | 20 | 40 | 2 |
| | AGUA CHEPE | | 20 | 40 | 2 |

FUENTE: Diagnóstico de Salud de Tancitaro, Mich. 2002.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1.2 ANTECEDENTES GENERALES DE URUAPAN

La Ciudad de Uruapan, paraíso de Michoacán, tierra de la eterna primavera, es la cabecera de un distrito político que lleva su mismo nombre.

Uruapan está situada en el vertiente sur de la sierra de Uruapan, prolongación de la de Apatzingán, formando parte del eje volcánico. Su altura sobre el nivel del mar se considera de 1 640 metros y queda situada a los 19° 24' 56" de latitud norte y 102° 03' 46" de longitud oeste del meridiano de Greenwich.

En el año de 1971 la cabecera municipal alcanza una población de 118 683 habitantes siendo la segunda Ciudad Michoacana, después de Morelia, por su población. Además de la población urbana del municipio tiene una comunidad humana distribuida en 70 localidades.

Los límites del municipio de Uruapan se marcan por los municipios de Tingambato, Ziracuaretiro, y Taretán al este; Nuevo Parangaricutiro al oeste; Paracho, Charapan y los Reyes al norte y el municipio de Gabriel Zamora hacia el sur. La extensión geográfica del municipio alcanza una superficie de 1 286 kilómetros cuadrados y una densidad de 114 habitantes por km².

Este municipio goza de óptimas comunidades, además de poseer de telégrafos, teléfonos, correos, radio y recibir las señales de TV, posee también un aeropuerto.

Lo toca la vía del ferrocarril Morelia-Pátzcuaro que continúa a Apatzingán y se enlaza paulatinamente a la Ciudad de Lázaro Cárdenas. Las carreteras de Carapan, Pátzcuaro, Apatzingán y San Juan Nuevo Parangaricutiro se agregan a una red de brechas transitables en todo tiempo que la unen a Los Reyes, Ziracuaretiro-Taretan, y casi todas las técnicas y poblaciones de su jurisdicción.

SALUD

La salud de los uruapenses se ha mejorado con relación al pasado en que estaba amenazada por endemias y epidemias; de distinta índole son los males que dan suficiente clientela al Hospital Civil, a la Clínica del IMSS, al ISSSTE, al Hospital Regional, a la Jurisdicción Sanitaria No. 5 y a los sanatorios particulares.

Estos centros sirven no sólo a la municipalidad sino que sus instalaciones tienen en cuenta la demanda de amplia clientela de tierra caliente y de la sierra.⁴

1.3 ANTECEDENTES GENERALES DE LOS MUNICIPIOS DE SAN JUAN NUEVO PARANGARICUTIRO Y TANCÍTARO, MICHOACÁN

El Municipio de Nuevo Parangaricutiro se localiza en la parte occidental del estado de Michoacán, en la meseta tarasca a 7 Km. al Oeste de la Ciudad de Uruapan.

La superficie del Municipio es de 430 Km², cuenta con 48 localidades, referente a la atención para la salud 20 están a cargo de la Unidad Móvil Milpillas y las restantes se encuentran a cargo de la Micro 22 del IMSS.

Este Municipio colinda al noroeste con la ciudad de Uruapan, al sur con los Municipios de Paracuaro y Gabriel Zamora y al oeste con los Municipios de Peribán y Tancitaro.⁵

El Municipio de Tancitaro se localiza al oeste del estado de Michoacán, a una altura de 1, 950 metros sobre el nivel del mar, abarcando una superficie de 752 Km².

Tancitaro colinda al norte con el Municipio de Peribán, al sur con el Municipio de Apatzingán, al este con el Municipio de Buenavista y al oeste con el Municipio Nuevo Parangaricutiro.⁶

1.3.1 DATOS HISTÓRICOS DEL MUNICIPIO NUEVO PARANGARICUTIRO

El Municipio de San Juan Nuevo Parangaricutiro tiene sus antecedentes en el área occidental de Mesoamérica. Las crónicas de Michoacán narran que los pobladores de esta área eran gentiles, es decir: Toltecas, Acolhuas y Mexicanas.

Un testimonio sobre los fundadores de San Juan de las Colchas o Parangaricutiro lo constituye el lienzo de Jucutacato, que relata la peregrinación de un pueblo nahuatl descendientes de los Toltecas que llegaron a establecerse en Michoacán.

⁴ Miranda, Francisco. Op.Cit. Págs. 303-325.

⁵ López Cruz Rosalba. Diagnóstico de Salud de Nuevo Parangaricutiro, Mich. 2002. Pág. 5.

⁶ Baez López Luz María. Diagnóstico de Salud de Tancitaro, Mich. 2002. Pág. 5

La palabra Parangaricutiro se le ha dado diversos significados, algunos sostienen que significa pequeño, posiblemente por haber sido en sus inicios un pueblo pequeño, otros le atribuyen el significado de mesa que proviene de la palabra tarasca parangari ya que este pueblo se estableció en una meseta y por eso se le designó Parangaricutiro.

Antiguamente a la población de Parangaricutiro se le conocía como San Juan de las Colchas por la fabricación de cubrecamas de algodón y lana, por la industria de hilados y tejidos característicos de esta población.

Los habitantes de las poblaciones de Paricutín y Parangaricutiro atemorizados desde que empezaron los temblores por la erupción de volcán Paricutín emigraron por indicaciones del gobierno Federal, llevándose su ganado a otra parte.

Los habitantes de Paricutín se fueron a un lugar llamado Caltzonzin y los habitantes de Parangaricutiro emigraron a terrenos de una localidad llamada Conejos donde fundaron Nuevo San Juan Parangaricutiro, el cual actualmente y desde siempre ha sido muy visitado por el santuario del señor de los Milagros.

1.3.2 DATOS HISTÓRICOS DEL MUNICIPIO DE TANCÍTARO

Tancítaro población que se asienta en las faldas del cerro del mismo nombre, figura entre una de las poblaciones más antiguas del estado de Michoacán. Su historia se remonta hasta las épocas prehispánicas entre los años 1400 y 1440 cuando en su extensión los herederos de Tariacuri, su hijo Hiripan y Tangaxoan ocuparon el territorio que comprende todos los valles en las faldas del cerro de Tancítaro, habitado entonces por los aguerridos Tecos de origen nahuatl.

Para tener un lugar donde alojarse y reunirse, se fundó el poblado de Tancítaro, punto al cual viajaban los caracha, o sus ocambecha, para hacer entrega de los tributos recaudados de los centros a su cargo. De ahí que se le dió el nombre de Tantzita y en lengua purhembe, que significa lugar donde se entrega al tributo, y es de donde se derivó posteriormente el nombre de Tancítaro, teniendo gran importancia en la antigüedad por ser residencia de caciques.

Ya en época de la conquista, se refiere Sebastián Macarro en su relación del 27 de septiembre de 1580, haber sido informado que los conquistadores de Tancitaro fueron los españoles Pedro de Ixta y Hernán Pérez de Bocanegra, que en forma pacífica lograron el consentimiento de los caciques de la región, quienes una vez ya bautizados, se llamaron Antonio de Oca y Francisco Chichinista.

Posteriormente Fray Juan de San Miguel repobló a Tancitaro en el año de 1534 y fue puesto bajo la custodia de San Francisco.

El libro de tasaciones consta que Tancitaro fue puesto en corregimiento en el mismo año y la tasa que se determinó para los habitantes de la encomienda de Tancitaro fue un tributo de 129 toldos torcidos de algodón, 120 nahuas, camisas cada setenta días y veinte cargas de algodón al año.

Por los años 1545 –1551 se fundó el monasterio de Tancitaro por orden de Fray Diego y por mandato de San Francisco de Asís, con su insignia, una enorme cruz de piedra, así pues, probablemente la capilla del hospital se fundó, para dar a conocer la situación epidemiológica, nivel de vida y actividades que se realizan en este tiempo. En el año de 1877 fue devorada por un incendio después fue reedificada en el año de 1818.

En el año de 1620 se acabaron los encomenderos en Tancitaro, ya que nadie peleó la encomienda y ya sin nativos que pagarán tributo. Entonces el poblado quedó habitado sólo por aborígenes, los cuales eran pocos y pensaron que sin encomenderos las cosas marcharían mejor, pero se inició la compraventa de terrenos a precio de regalo, ante ésta situación la comunidad pudo reunir lo necesario para solicitar una composición de la tierra que les rentaban y pagar a la corona la indemnización correspondiente.

Así la comunidad indígena por medio de Basilio Barrera a nombre del gobernador Andrés Jerónimo, los alcaldes Juan R y Juan Medina y los regidores Lorenzo Baltazar y Juan Mateo presentaron ante Francisco Rivera la composición de tierras y no fue sino hasta el año de 1882 que se le entregó a los comuneros de Tancitaro el título que amparaba su propiedad.

El 27 de mayo de 1798 nació en el rancho de Tatamburo, municipio de Tancitaro el Dr. Juan Manuel González Ureña, quien se graduó en medicina en la ciudad de

México en el año de 1822 y posteriormente el 1 de mayo de 1830 fundó la primera escuela de medicina en Michoacán.

Por los años de 1933-1934 se formaron los primeros ejidos de Tancítaro con afectaciones en los terratenientes.

En el año de 1947 el General Lázaro Cárdenas del Río donó tubería para la red de agua potable, en ese mismo año, se inicia el empedrado de las calles de Tancítaro. En 1960, por gestión del Presidente Lázaro Cárdenas se construye la brecha Tancítaro-San Juan Nuevo. Ese mismo año se plantan las primeras huertas de aguacate, por los señores Jaime Ramírez, Arturo Mondragón, Miguel Mora y Javier Silva principalmente.⁷

1.3.3 ORGANIZACIÓN SOCIAL DE LOS MUNICIPIOS NUEVO PARANGARICUTIRO Y TANCÍTARO, MICHOACÁN

INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Las instituciones educativas con las que cuentan los municipios son las siguientes:

- Preescolar.
- Primaria.
- Secundaria.
- Telesecundaria.
- Preparatoria.
- Bachilleres.

ATENCIÓN MEDICA

En lo referente al municipio de Nuevo Parangaricutiro la atención médica que se brinda a la población se presta a través de una clínica de IMSS-Solidaridad ubicada en la cabecera, una unidad móvil perteneciente a la Secretaría de Salud, una micro perteneciente al IMSS y atención privada por medio de 10 consultorios médicos.

⁷ Baez López Luz María. Op. Cit. Pág. 6.

Por otra parte dentro del municipio de Tancitaro la atención médica se encuentra distribuida de la siguiente manera: un Centro de Salud ubicado en la cabecera municipal, una clínica de IMSS – Solidaridad, dos unidades móviles pertenecientes a la Secretaría de Salud, así como 5 consultorios particulares brindando atención.

RELIGIÓN

La religión que predomina en estos dos municipios es la católica, aunque en una minoría también se encuentran grupos pertenecientes a otra religión como la evangélica.

1.3.4 ORGANIZACIÓN ECONÓMICA DE LOS MUNICIPIOS NUEVO PARANGARICUTIRO Y TANCÍTARO, MICHOACÁN

ACTIVIDADES ECONÓMICAS

Las principales actividades a las que se dedican los pobladores de estos municipios son:

- Agricultura: los principales cultivos son de maíz.
- Fruticultura: se produce principalmente el aguacate, así como también el durazno.
- Ganadería: se cría ganado avícola, porcino, y bovino.
- Explotación forestal: la superficie forestal es ocupada por pino y encino.
- Industria: principalmente la fabricación de textiles.
- Comercio.

Por si fuera poco estas fuentes de trabajo no son suficientes para la población de los municipios y por tal motivo un gran número de la población masculina decide emigrar a los Estados Unidos en busca de un mejor empleo.

1.3.5 PIRÁMIDE POBLACIONAL

POBLACIÓN TOTAL DE LAS UNIDADES MÓVILES MILPILLAS Y BARRANQUILLAS POR GRUPO DE EDAD.

| MILPILLAS | | | BARRANQUILLAS | |
|-----------|---------|---------------|---------------|---------|
| HOMBRES | MUJERES | AÑOS | HOMBRES | MUJERES |
| 21 | 24 | 70 y más | 37 | 48 |
| 09 | 08 | 65 a 69 | 63 | 74 |
| 07 | 10 | 60 a 64 | 30 | 20 |
| 13 | 17 | 55 a 59 | 33 | 26 |
| 14 | 16 | 50 a 54 | 40 | 33 |
| 37 | 33 | 45 a 49 | 45 | 41 |
| 36 | 32 | 40 a 44 | 43 | 55 |
| 48 | 53 | 35 a 39 | 53 | 68 |
| 49 | 51 | 30 a 34 | 53 | 46 |
| 68 | 70 | 25 a 29 | 92 | 82 |
| 77 | 61 | 20 a 24 | 110 | 106 |
| 105 | 114 | 15 a 19 | 158 | 149 |
| 102 | 118 | 10 a 14 | 195 | 185 |
| 160 | 161 | 05 a 09 | 180 | 200 |
| 78 | 85 | 01 a 04 | 152 | 143 |
| 15 | 16 | Menos de 1 a. | 30 | 36 |
| 839 | 869 | TOTAL | 1314 | 1312 |

FUENTE: Rotafolio de evaluación mensual Jurisdiccional Uruapan, Mich. 2002.

1.4 LA SALUD REPRODUCTIVA Y SUS COMPONENTES

La salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental, y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos, es decir, es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

La información y prestación de servicios de salud reproductiva se definen y articulan a partir de tres componentes fundamentales: planificación familiar, salud perinatal y salud de la mujer.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR. En su nuevo contexto la planificación familiar pone al alcance de toda la población información veraz y oportuna, así como una diversidad de métodos y estrategias anticonceptivas que respondan a las necesidades de cada individuo y de cada pareja, de acuerdo a las diferentes etapas de su ciclo reproductivo; promueve la participación activa del varón en las decisiones y corresponsabilidad en todas las fases del proceso reproductivo; fomenta actitudes y conductas responsables en la población adolescente para garantizar su salud sexual y reproductiva, y pone estrategias que, con pleno respeto a la diversidad cultural y étnica del país, permitan fortalecer la salud reproductiva de las poblaciones en el área rural dispersa y en comunidades indígenas.

SALUD PERINATAL. Las acciones de salud perinatal tiene como objetivo fundamental propiciar la maternidad saludable y sin riesgos para todas las mujeres, estableciendo estrategias tendientes a incrementar la calidad de atención y contribuir a la disminución de las tasas de morbilidad materna y perinatal.

SALUD DE LA MUJER. Este componente de la salud reproductiva tiene como objetivo fundamental la prevención y control de enfermedades neoplásicas en la mujer, destacando por su importancia los cánceres cérvico uterino y mamario.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Todas las estrategias del Programa de Salud Reproductiva dirigidas a la mujer, se han fortalecido recientemente por medio de un elemento: la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer. ^a

Como antecedente y con lo que respecta a salud reproductiva en las unidades móviles Milpillás y Barranquillas se encontraron los siguientes datos estadísticos relacionados con el componente de planificación familiar.

CONSULTAS Y ATENCIONES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR MÉTODO DE PRIMERA VEZ 2001.

| MÉTODO | UNIDADES DE SALUD | |
|----------------------|-------------------|-----------|
| | BARRANQUILLAS | MILPILLAS |
| ORAL | 10 | 0 |
| INYECTABLE MENSUAL | 1 | 2 |
| INYECTABLE BIMESTRAL | 1 | 1 |
| IMPLANTE SUBDERMICO | 0 | 0 |
| DIU | 0 | 2 |
| QUIRÚRGICO | 0 | 0 |
| PRESERVATIVO | 12 | 6 |
| OTRO | 0 | 0 |
| NINGUNO | 0 | 0 |
| TOTAL | 24 | 11 |

FUENTE: Programa de Salud Rural 2002.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR USUARIOS POR MÉTODO ENERO-JULIO 2002.

| MÉTODO | UNIDADES DE SALUD | |
|----------------------|-------------------|-----------|
| | BARRANQUILLAS | MILPILLAS |
| HORMONAL ORAL | 9 | 13 |
| INYECTABLE MENSUAL | 10 | 9 |
| DIU | 4 | 15 |
| PRESERVATIVO | 40 | 30 |
| INYECTABLE BIMESTRAL | 5 | 3 |
| QUIRÚRGICAS | 6 | 13 |
| TOTAL | 74 | 83 |

FUENTE: Rotafolio de evaluación mensual Jurisdiccional 2002.

^a Dirección General de Salud Reproductiva. El derecho a la libre decisión, Págs. 17-21.

1.5 GENERALIDADES SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar se ha definido según la Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar como: " 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".⁹

Por otra parte la iglesia define a la Planificación Familiar como: "un privilegio y una obligación que tiene la pareja, y ella exclusivamente, de decidir con amor el número de hijos que desea tener, decidir a la vez cuando tener éstos hijos, siempre que el motivo para planificarlos no sea egoísta ni el método sea artificial y que la decisión sea reversible cada tanto".¹⁰

A pesar de que la información que circula cada vez más, las cifras de embarazo, principalmente en adolescentes son elevadas en México y en el mundo no solo en personas sin educación sino en universitarios.

Cada vez que un hombre y una mujer tienen una relación sexual hay un riesgo de embarazo. Como no siempre que se hace esto existe el afán de procrear resulta que la pregunta más frecuente en las consultas sexuales de las personas que inician en el sexo es: ¿qué tipo de anticonceptivo nos conviene?. Para valorar cual es el método anticonceptivo ideal se deberá tener en cuenta la eficacia pero también la comodidad al emplearlo, saber si se va hacer constante, y sobre todo si se puede asumir los efectos secundarios en el organismo que siempre los hay. El mejor sistema en general no existe, le corresponde a la pareja encontrar el suyo. Esto se hará dependiendo de las condiciones en el organismo, la edad, la salud, los hábitos, y los planes de vida.

A pesar de los grandes avances científicos, pocos de los métodos anticonceptivos implican al hombre, siendo la mayoría tarea de la mujer.¹¹

⁹ Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM). Pág. 14.

¹⁰ SantaMaría, Dionisio y Guillermo Gibbons. Responsabilidad en la transmisión de la vida. Pág. 21.

¹¹ Ochoa, Anabel. Desnudarse. Págs. 9-10.

En varios estudios que se han realizado en América Latina, referentes al uso de métodos anticonceptivos se analiza la prevalencia del uso de los mismos, más no la efectividad que estos están teniendo y si se están utilizando de forma segura y efectiva.

En América latina cifras de 1990 indican que la cobertura de uso de anticonceptivos es del más del 60%, y que en 20 países el método más utilizado es la esterilización femenina 20%, seguido por los anticonceptivos orales 16%, otros métodos no especificados con el 12%, el dispositivo intrauterino 5%, el preservativo 2% y la esterilización masculina 1%. Se estima que alrededor de un 40% de las mujeres en edad fértil no utilizan ningún método anticonceptivo.

Es importante señalar que el uso libre y frecuente de métodos anticonceptivos no sólo depende de los conocimientos y preferencias de los usuarios, sino que está relacionado fundamentalmente, con la oferta de servicios, la disponibilidad de métodos y del conocimiento, actitudes y práctica del personal a cargo de la atención. Esto va a determinar que en algunos países haya un porcentaje relativamente elevado de mujeres con necesidades anticonceptivas no satisfechas. Por consiguiente esas necesidades insatisfechas se reflejan en las altas tasas de embarazo entre las usuarias de métodos anticonceptivos, así como las altas tasas de abandono de estos métodos.

La posibilidad de regular la fecundidad es un derecho humano fundamental que condiciona el estilo de vida y las posibilidades de tener el tamaño de familia que se desea, a la que la pareja pueda mantener en las mejores condiciones y dotar de cuidados esenciales. Es una intervención importante cuyos beneficios son no solo de salud, sino que permite a las mujeres y a los hombres tomar decisiones básicas sobre sus propios cuerpos y sus vidas y también les garantiza el ejercicio pleno de su sexualidad.

Así mismo, la regulación de la fecundidad permite prevenir los embarazos de alto riesgo, los no deseados y los abortos y, además, decidir cual es el mejor momento para tener hijos, así como el número e intervalo entre ellos.

Por otra parte debemos tomar en cuenta que no existe actualmente un anticonceptivo ideal, por lo que en su elección se deben tener en cuenta los beneficios y los efectos secundarios de cada uno.

Es importante destacar que el concepto de salud sexual, reproductiva y de regulación de la fecundidad también incluye a los hombres, quienes deben participar más no sólo en la decisión de tener hijos y del mejor momento para ello, sino también el proceso de su crianza y educación.¹²

La iglesia reconoce el derecho y la obligación de planificar la familia. La iglesia está de acuerdo con la planificación familiar.

Así mismo el único método aceptado por la iglesia son los métodos naturales. De tal manera menciona que los métodos naturales de planificación familiar están basados en el reconocimiento de los días fértiles de cada ciclo durante los años fértiles del matrimonio.

La iglesia dice no al aborto, a la esterilización y a los anticonceptivos artificiales y al mismo tiempo dice sí a la planificación familiar. Por lo que, la iglesia sólo considera como métodos de planificación familiar a la lactancia, el método de Billings, el de la temperatura basal y el ritmo.¹³

1.5.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Los servicios de planificación familiar, que se imparten por personal médico y paramédico en las instituciones de salud, personal auxiliar comunitario y médicos privados, deben comprender las actividades siguientes:

- Promoción y difusión
- Información y educación
- Consejería
- Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos
- Identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad
- Seguimiento del usuario

¹² Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud sexual y reproductiva. Págs. 28-31.

¹³ SantaMaría, Dionisio. Op. Cit. Págs. 63-64.

-Referencia a otro nivel de atención en caso necesario

La prestación de los servicios de planificación familiar debe ofrecerse, sistemáticamente, a toda persona que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios.

Los servicios de planificación familiar deben ser gratuitos cuando sean prestados por instituciones del sector público. Todo solicitante de los servicios de planificación familiar debe quedar protegido para evitar embarazos no deseados, para lo cual, además de la información que reciba se le debe proporcionar consejería adecuada y, en caso de aceptar algún método anticonceptivo, este se le debe de prescribir o aplicar.

Todo usuario puede asistir libremente al servicio de planificación familiar cuando tenga alguna duda o se presente algún efecto colateral importante atribuible al uso del método anticonceptivo, aún cuando no tuviera cita.

1.5.2 PRINCIPIOS EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación familiar es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud, para la prestación de los servicios de planificación familiar de los sectores públicos, social y privado del país.

El programa de planificación familiar dirige sus acciones con el fin de lograr el bienestar biológico, psicológico y social de la población, por lo cual se coordina e integra a aquellas instituciones que proporcionan servicios de salud, educación e información, que contribuyen a este fin.

Art. 20. "Los servicios de planificación familiar deberán estar integrados y coordinados con los de salud, educación, seguridad social e información pública y otros destinados a mejorar las condiciones de vida de los individuos y de la familia" (reglamento de la Ley General de población).

En el Sector Salud se desarrolla una serie de programas que tienen como fin la atención a la población. Dentro de estos está incluido el programa de

planificación familiar, el cual ha venido prestando sus servicios que incluye información, orientación y motivación respecto a la planificación familiar.

Art. 21. "La información, salud, educación y demás servicios relativos a los programas de planificación familiar serán gratuitos cuando sean prestados por dependencias y organismos del sector público" (Reglamento de la Ley General de población).

En nuestro país, la planificación familiar es un derecho que tienen el individuo, y que es ejercido bajo la voluntad del mismo. Por lo tanto, se han establecido artículos que protegen este derecho, acordándose que será sancionada la imposición de algún método, sin ser del conocimiento del usuario, o que se aplique en contra de su decisión.

Art. 26. "Los servicios médicos educativos y de información sobre los programas de planeación familiar, garantizarán a las personas la libre determinación sobre los métodos que para regular la fecundación deseen emplear, siempre que se haya demostrado que carecen de efectos secundarios graves en los humanos, y que no sean perjudiciales a su salud o estén prohibidos" (Reglamento de la Ley General de población).

Art. 67. "Quienes practiquen esterilización sin voluntad de la paciente o ejerzan presión para que esta la admita comete delito que será sancionado con forme al artículo 421 de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en la que incurra" (Ley General de Salud).

Art. 119. "Para la realización de salpingoclasias y vasectomías, será indispensable obtener la autorización expresa y por escrito de los solicitantes, previa información a los mismos sobre el carácter de la intervención y sus consecuencias" (Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica).¹⁴

1.6 CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Uno de los aspectos importantes en la planificación familiar es la orientación al usuario en la manera de cómo puede espaciar o limitar los embarazos o en las opciones que puede tomar cuando ha tenido problemas con algún método anticonceptivo. A esta orientación se le llama también consejería.

La Norma Oficial Mexicana de los servicios de Planificación Familiar define a la consejería como: "La consejería en planificación familiar debe incluir un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales y activos, mediante el cual se brinden a los solicitantes de métodos anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informados acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva".

La orientación – consejería en planificación familiar es el proceso de comunicación interpersonal que se establece entre la o el prestador de servicios y él o la usuaria para apoyar la toma de decisiones en la elección y adopción de un método anticonceptivo, decisiones que deberán ser libres, responsables y sobre todo bien informadas. La orientación – consejería se debe realizar en un ámbito de privacidad y confidencialidad, considerando las características circunstanciales de los individuos y las parejas, su etapa en el ciclo reproductivo, sus condiciones de salud y sus necesidades y prioridades.

La orientación – consejería en planificación familiar deberá impartirse preferentemente en las unidades de servicio a través de la consulta externa general, consulta de planificación familiar, consulta de ginecología y obstetricia, y así durante la estancia hospitalaria en la atención de eventos obstétricos (parto, cesáreas, y abortos).

¹⁴ Dirección General de Planificación Familiar, Supervisión y adiestramiento en servicio, Pags. 39-43.

PRINCIPIOS DE LA CONSEJERÍA

- 1.-Privacidad. Sostener la charla en donde el usuario pueda expresarse con libertad sin el temor de ser escuchado por otras personas. Guardar absoluta discreción acerca de la entrevista.
- 2.-Disponibilidad. Dar a cada persona el tiempo suficiente para poder expresar su necesidad y responder a ella, sin acelerarla y sin alargarse en temas o asuntos ajenos al caso.
- 3.-Veracidad. Ofrecer toda la información que la persona requiera, con delicadeza y sin abundar en puntos que pueden producir confusión en lugar de facilitar la decisión.
- 4.-Claridad. Hablar en lenguaje sencillo sin utilizar términos médicos que resulten incomprensibles para el usuario.
- 5.-Respeto. Permitir la libertad de expresión y decisión, sin invadir ni forzar. El orientador no debe juzgar, independientemente del comportamiento sexual o el número de hijos del usuario. Su responsabilidad es escuchar y ayudarle a encontrar una solución evitando hacer gestos y comentarios que sugieran crítica, ironía, burla, o desprecio.
- 6.-Imparcialidad. No se debe tomar partido por un comportamiento, método o miembro de una pareja en especial, sino facilitar al usuario la toma de decisiones para satisfacer sus deseos y necesidades.
- 7.-Responsabilidad. Es comprometerse para que el usuario, pueda lograr su objetivo.¹⁵

1.7 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Existen factores que influyen en la salud sexual y reproductiva de la población especialmente la de las mujeres. Entre estos destacan, además de los aspectos biológicos, los factores sociales, culturales, económicos, demográficos, incluso los que se refieren al acceso a los servicios de salud.

Por otra parte se ven implicadas las situaciones relacionadas con las tradiciones que influyen de manera positiva o negativa en este importante aspecto, las cuales pueden tener un mayor peso en el bienestar de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Por lo anterior se menciona la manera de como influyen dichos factores en la salud sexual y reproductiva de la pareja.

1.7.1 FACTORES BIOLÓGICOS

Existen factores biológicos que tienen una influencia de variable magnitud sobre la salud reproductiva, entre los que se pueden mencionar los siguientes:

EDAD DE LA MADRE

Se ha comprobado ampliamente que los embarazos a edades extremas, así como muy frecuentes y con intervalos muy cortos entre ellos, tienen una influencia negativa sobre la salud de las madres y de sus hijos. Varios estudios han demostrado que los riesgos de morbilidad y de mortalidad materna son menores cuando se evitan los embarazos antes de los 18 años y después de los 35 años de edad.

Las mujeres que empiezan a procrear anticipadamente tienen más alumbramientos durante su vida que las que comienzan más tarde, existen varias razones como: se menciona que mientras más joven es la mujer cuando su primer parto, quedan más años de su vida reproductiva.

NÚMERO DE HIJOS

En el aspecto familiar en los momentos actuales, el contar con una numerosa familia sin duda trae consigo grandes trastornos, ya que si aceptamos el moderno concepto de salud que señala la OMS, salud es el estado de bienestar físico, psíquico y social del individuo, este estado no se puede lograr

¹³ Dirección General de Planificación Familiar. Op. Cit. Págs. 168-170.

para los padres y sobre todo para los descendientes si tenemos los hijos que Dios quiera.¹⁶

USO PREVIO DE ANTICONCEPTIVOS ARTIFICIALES

El uso de los métodos anticonceptivos se puede ver afectado, directa e indirectamente por una serie de factores, unos dependientes de su utilización (ejemplo: un posible efecto secundario) y otros resultantes de una influencia psicológica del posible usuario (ejemplo: la información tergiversada sobre un método).¹⁷

Debido a que los anticonceptivos no son perfectos, las mujeres que empiezan más temprano su vida sexual activa tienen un mayor riesgo de embarazos aún utilizando algún método anticonceptivo artificial.

PERÍODO INTERGENÉSICO

En lo que respecta a los intervalos entre los embarazos se ha establecido que menos de dos años entre ellos puede tener un efecto nocivo sobre la sobrevivencia, desarrollo y calidad de vida infantil. Desde el punto de vista de la salud del niño, el intervalo ideal es entre 3-4 años. Los embarazos frecuentes y con espacios de tiempo demasiado corto entre ellos en mujeres que no gozan de buena salud pueden conducir al síndrome del agotamiento materno.

Por si fuera poco además de que los embarazos repetidos, en sí son más peligrosos, al grado que los médicos consideran la gestación de las grandes multiparas como de alto riesgo, por los peligros para la madre y también para el feto que hay en ellos durante el embarazo y sobre todo el parto.¹⁸

NUTRICIÓN

Las mujeres embarazadas y las que están amamantando tienen requerimientos nutricionales mayores. Además, la mujer embarazada que tiene

¹⁶ OPS. Op. Cit. Pág. 20-25.

¹⁷ Trias de Bes, Dexeus Forroll Turró, Op. Cit. Pág. 213.

¹⁸ Ruiz Velazco, Victor. Aspectos prácticos de los métodos de planificación familiar. Pags. 3-8.

deficiencias nutricionales es más propensa a la fatiga y a complicaciones durante el embarazo y el parto.

Las adolescentes que se embarazan durante los 4 años posteriores a la menarca se considera un riesgo biológico porque aún no han madurado biológicamente y son más susceptibles a diversas complicaciones, tales como la toxemia, la anemia y otras afecciones.¹⁹

1.7.2 FACTORES SOCIO - CULTURALES

LA FAMILIA

Es considerada como el grupo primario y fundamental para proveer a la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y sobre todo de los hijos, quienes por su carácter dependiente deben encontrar plena respuesta a sus carencias, como requisito para lograr un óptimo resultado de su proceso de crecimiento y desarrollo.²⁰

La familia es la institución social básica a partir de la cual se han desarrollado otras instituciones, conforme la creciente complejidad cultural las ha hecho necesarias.

LA FAMILIA RURAL

Posee la familia campesina una fuerte cohesión interna, así como un gran número de miembros 9 o 10 en promedio, regida generalmente por un gobierno patriarcal que a partir de la Revolución de 1910 ha resentido bruscos cambios en su organización.

El niño campesino desde muy temprana edad es llamado a colaborar en la siembra y en la cosecha, junto con los demás familiares, por lo que se le desarrolla más el sentido de responsabilidad y adultez, el carácter poco alegre, reforzado con la herencia de la visión indígena de recelo o reserva hacia el "vencedor o ladino". Por ello no asiste a la escuela, no se capacita ni adquiere

¹⁹ OPS. Op. Cit. Págs. 20-25.

²⁰ Sánchez Azcona, Jorge. Familia y Sociedad. Pág. 15.

la posibilidad de romper el atraso rural, a lo más que aspira es a emigrar. Es machista y reprimido sexual.

El trabajo de la mujer no se limita a la casa, sino que sale a las labores del campo y al comercio de sus productos agrícolas o artesanales en condiciones de evidente inferioridad.

Las relaciones prematrimoniales no se desenvuelven durante el tiempo de recolección o la siembra, sino hasta las fiestas que con tales motivos celebran. Es ahí donde los jóvenes se conocen y se tratan. Es fuerte el sexismo.

Los hombres en el campo trabajan más de 10 horas diarias, a cambio de un ingreso raquítico insuficiente para gozar de servicios o comodidades que en las ciudades son comunes.

La miseria de los hogares rurales provoca el fenómeno de la emigración y la desorganización familiar, los jóvenes se van de braceros o se van a las ciudades, en donde, debido a su escasa calificación técnica serán explotados y engrosarán las filas de la pobreza extrema. Entre las muchachas del campo que llegan a la ciudad, muchas son absorbidas por el sexoservicio.

La mujer campesina es maltratada y a la vez resignada a los golpes y la poligamia más o menos encubierta que existe en el campo, sobre todo entre los hombres que tienen un poco más de recursos. En cambio el adulterio de la mujer se castiga muchas veces con la muerte de la infiel. La familia campesina dice Elvira Bermúdez, no siente la muerte como final trágico, sino como el paso a una existencia mejor, a la "verdadera", por eso los velorios son lugares de plática, de algarabía, de brindis por el difunto. La miseria que a menudo se enseñorea en el medio rural obliga a sus moradores a considerar la mortalidad infantil como un mal necesario y hasta con júbilo; al entierro de "angelitos" va el vecindario entero, quien ve en la muerte una solución al drama del medio rural mexicano: el crecimiento demográfico explosivo en medio de un injusto reparto de la riqueza.²¹

En las últimas décadas hubo grandes cambios en la estructura familiar y en la relación entre los sexos, aspectos que se deberán tener en cuenta si se quiere

²¹ Gómez Jara, Francisco. Sociología, Págs. 130-139.

llegar a un buen entendimiento de ciertos problemas relacionados con la salud de las mujeres. Entre esos cambios se pueden mencionar el menor tamaño de las familias, la mayor inestabilidad familiar evidenciada por tasas de separación, el incremento de las relaciones prematrimoniales y el comienzo más temprano de las mismas, el aumento de las uniones consensuales y de los embarazos precoces, la incorporación de la mujer al mercado laboral y una mayor proporción de familias donde tanto el padre como la madre tienen trabajos fuera de sus casas.

La mujer campesina generalmente cree conocer la situación que vive en el campo; sin embargo, lo único que tenemos es una visión simplista de la misma, carente en primer instancia de realidad y en segunda de objetividad.

Desde los tiempos prehispánicos ha existido cierta división de actividades determinadas entre hombre y mujer, más estas funciones no eran tan determinativas del sexo.

Hablar de la situación que involucra a la mujer campesina es hablar sobre su vida en general desde su infancia hasta su muerte, creemos que es aquí donde mayor esclarecimiento se obtiene respecto a la vida de la mujer mexicana.

EDUCACIÓN

Todo proceso educativo tiene por finalidad el desarrollo de individuos libres que sean capaces de pensar por sí mismos y de tomar decisiones racionales cuando la elección es posible.

La educación de los métodos anticonceptivos es un proceso a través del cual cambia de actitud y de comportamiento en esferas determinadas. Uno de los objetivos principales es capacitar al individuo a que se integre en aspectos de sexualidad en un proceso armónico de maduración logrando de tal manera la realización personal plena en la comunicación con el otro sexo y la preparación de ambos para asumir sus responsabilidades frente a los hijos y sociedad.²²

²² Escalona Morales María del Pilar y Beatriz Reyes Araiza Influencia de los factores religiosos culturales y educacionales en la aceptación de la planificación familiar y la práctica anticonceptiva en las mujeres en edad fértil de las comunidades rurales en los módulos Tarimbaro y Cuitzeo del estado de Michoacán. Págs. 26-39.

La educación de las mujeres es un factor importante que determina su salud sexual y reproductiva. Se ha demostrado que las mujeres que han recibido educación durante varios años tienden a:

- Casarse a mayores edades, estimadas a un promedio de 4 años más que las mujeres sin educación.
- Tener familias más pequeñas y a usar métodos modernos de regulación de la fecundidad.
- Tener o demandar cuidados prenatales y atención adecuada durante el parto.
- Hacer uso más amplio de los servicios de salud.
- Tener acceso a trabajos con mejores salarios.
- Ser más respetadas por sus esposos y a intervenir más en las decisiones familiares.

Otros beneficios importantes para las mujeres de recibir una buena educación son de aumentar su autoestima y de exponerlas a nuevas ideas que les permita darse cuenta que tienen derechos, opciones y posibilidades de ejercitarlos en su beneficio.

Además de su valor informativo, la educación tiene un importante papel, que capacita o desarrolla conductas saludables y de autocuidado. Por ello, la falta de acceso a la educación limita las posibilidades de obtener información relacionada con la promoción y el cuidado de la salud, así como sobre la existencia y uso de métodos para regular la fecundidad.

ASPECTOS CULTURALES

Los valores e ideales de la civilización a cerca de la existencia humana se encuentran arraigadas en lo más íntimo de nuestro ser. Son una reacción muy fuerte por parte del individuo logra alterar su sistema cultural básico. Algunos factores culturales favorecen la planificación familiar y otros se oponen a ella.

VALORES CULTURALES QUE FAVORECEN LA PLANIFICACIÓN.

- Deseo de los padres de procurar a sus hijos una vida mejor que la que ellos tuvieron.
- Deseo de los padres de asegurar a sus hijos una infancia feliz.

- Las dificultades que tienen muchas madres durante los embarazos frecuentes.
- El deseo de muchos adultos de completar su educación interrumpida por las responsabilidades del matrimonio.

VALORES CULTURALES QUE SE OPONEN A LA PLANIFICACIÓN

- Considera una familia numerosa como fuente de seguridad para el futuro, o bien como una manifestación de hombría.
- El deseo de tener hijos varones cuando se han tenido puras mujeres por lo que llevan los padres a procrear más hijos de los que se pueden mantener y educar.

ASPECTOS RELIGIOSOS

Casi todas las religiones consideran la paternidad responsable como una obligación derivada de la fé.

La clarificación del papel que desempeña la religión en la planificación familiar ha ayudado a crear una actitud pública más positiva hacia la difusión de información. Se ha comprobado que todas las religiones aprueban el espaciar los embarazos. Algunas restringen severamente los métodos empleados. Los musulmanes, los budistas, los confucionistas y la mayoría de las sectas protestantes no se oponen a que se evite el embarazo por medio de anticonceptivos de cualquier tipo sean mecánicos, químicos o quirúrgicos. El punto de vista católico, sin embargo recalca las obligaciones del individuo de procrear y de su responsabilidad paternal, aprobando solamente los métodos naturales para el control de la natalidad.²³

1.7.3 FACTORES ECONÓMICOS

Las familias que están luchando para conservar su independencia económica, son familias que necesitan los servicios de planificación familiar, ya que un número mayor de hijos vendría a pesar sobre la economía ya seriamente comprometida.

²³ Manisoff, Miriam T. Enseñanza de Planificación Familiar. Págs. 28-31.

OCUPACIÓN Y NIVEL ECONÓMICO

Dentro de las actividades a las que se dedica la población masculina de los Municipios de San Juan Nuevo Prangaricutiro y Tancitaro en el estado de Michoacán, ocupa un lugar importante el cultivo del aguacate, otros cultivos de las regiones son el maíz, ya que actualmente esta es una región exclusivamente aguacatera. Otros cultivos menos importantes son el durazno, membrillo, chirimolla, etc. La ganadería también ha sido sustituida, pero aún ocupa un lugar dentro de las actividades de la población. De acuerdo a estas actividades las percepciones semanales fluctúan entre los 300 y 500 pesos ya que en su gran mayoría trabajan para otras personas.

Por otro lado las actividades a las que se dedican las mujeres de dichos municipios se encuentran el cuidado general del hogar y de los hijos, algunas otras aparte de las labores en el hogar apoyan al esposo en el trabajo del campo, así como a la realización de bordados que posteriormente llevan a vender a la cabecera municipal, pero dichas actividades no son bien remuneradas.

PAPEL DEL ESTADO

En términos generales se puede decir que en los últimos años se ha visto una transformación del papel del estado, que en muchos casos, acompañando a una creciente privatización de empresas, se está desligando de su función de proveedor de servicios de educación, salud, seguridad social y vivienda. La reacción de la población ha sido tratar de reemplazar la cobertura de estos servicios, incorporándolos ahora en el sector privado. Este proceso ha representado un esfuerzo adicional para las familias, a las que ha afectado especialmente a sus grupos más vulnerables, como son las mujeres, los niños y las familias de más bajos ingresos.

1.7.4 FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

ACCESIBILIDAD

Es evidente que la accesibilidad a servicios de salud de buena calidad y con abastecimientos adecuados influyen de manera significativa sobre la salud reproductiva de las mujeres. Uno de los indicadores más significativos del acceso de la mujer en edad reproductiva a la atención médica consiste en el cuidado por personal capacitado durante el parto. También son indicadores importantes la capacidad resolutoria y calidad de los servicios de control prenatal y postnatal.

Durante la realización del servicio social se encontró que los métodos anticonceptivos disponibles dentro de la Secretaría de Salud en el Programa de Salud Rural en el componente de salud reproductiva son los hormonales orales, inyectables y el preservativo. En las unidades aplicativas se proporciona el dispositivo intrauterino y los métodos permanentes a los usuarios referidos por la Auxiliar de Salud y el equipo médico de salud.

Los métodos anticonceptivos naturales no se describen en los contenidos, ya que son métodos que la Secretaría no promueve por su baja efectividad.²⁴

1.8 RESPUESTA SEXUAL HUMANA

La sexualidad humana abarca múltiples dimensiones que incluyen desarrollo fisiológico, identidad personal, expresión sexual, reproducción y necesidad de amor y realizarse en forma personal.

Todas las personas son seres sexuales que están conscientes de sus reacciones ante su propio concepto de ser femeninos o masculinos. La sexualidad es holística e integra factores biológicos, psicológicos y culturales. La sexualidad humana se inicia desde antes del nacimiento y desarrollo embrionario temprano y dura toda la vida.

²⁴ OPS. Op. Cit. Pág. 28-30.

Respecto a la sexualidad se ha encontrado que las respuestas y comportamientos sexuales masculino y femenino son más similares que distintos. Se considera que el impulso sexual de la mujer es tan fuerte como el del hombre.

Se han identificado algunas diferencias entre la sexualidad masculina y femenina a lo largo de la vida, que es probable que tenga bases culturales. Los varones parecen tener una fuerte sexualidad dirigida hacia los genitales durante la adolescencia. Al llegar a los treinta años siguen interesados en el sexo, pero con menor urgencia y quedan satisfechos con menos orgasmos. Al aumentar la edad, la actividad sexual masculina se transforma en una experiencia sexualmente difusa y tiene mayor componente emocional. En cambio las mujeres tienen una conciencia temprana de los aspectos sexuales y emocionales del sexo, pero su respuesta orgásmica es lenta e incongruente durante la adolescencia y a principios de la segunda década de la vida.

De los treinta a treinta y cinco años de edad, la respuesta sexual femenina se hace más rápida e intensa y los orgasmos más congruentes. La sexualidad para la mujer adolescente esta centrada en las personas, y concede importancia a las relaciones y emociones entre dos seres.

Se le da mayor importancia al cuerpo y al placer sexual en etapas posteriores de la edad mediana. La sexualidad masculina adolescente esta centrada en el cuerpo y se centra más en las personas durante la etapa adulta al aumentar la edad.

PERSPECTIVAS CULTURALES RESPECTO A LA SEXUALIDAD

Todas las culturas regulan el comportamiento sexual de alguna manera. Este control desempeña una función importante para la sociedad y transmite los valores sociales. La cultura y el aprendizaje desempeñan un papel de suma importancia en la expresión sexual y en la formación de la sexualidad característica de una sociedad.

MEDIADORES PSICOLÓGICOS DE LA RESPUESTA SEXUAL

Los principales mediadores psicológicos de la respuesta a la estimulación sexual se han identificado como respuestas informativas, reacciones emocionales,

capacidad de imaginación, atención y amor. Estos factores interaccionan entre sí y ejercen influencia directa en experiencias en algún área, o causan conflictos de respuesta a estímulos cuando no concuerdan entre sí.

RESPUESTAS INFORMALES. Consta de creencias, conocimientos y opiniones con respecto con diversos aspectos de la sexualidad.

REACCIONES EMOCIONALES. Consiste en sentimientos y percepciones subjetivas a cerca de un estímulo sexual. Se derivan en gran parte de creencias y expectativas; las emociones son la expresión afectiva de valores y creencias. Los sentimientos respecto a los estímulos sexuales pueden ser desde muy positivos como la alegría, emoción, y excitación y muy negativas como la culpa, ansiedad, repulsión, ira y temor.

CAPACIDAD DE IMAGINACIÓN. Incluye las memorias, imágenes y fantasías que son producidas por los estímulos sexuales.

ATENCIÓN. La importancia de la atención como mediadores de la respuesta sexual es tan directa y evidente que con frecuencia se pasa por alto. Si la persona no presta atención al estímulo sexual, éste ejercerá muy poco efecto, o tal vez ninguno.

AMOR Y SEXO. El amor tiene algunos aspectos de desarrollo con componentes sexuales. La capacidad de amar de la persona aumenta a lo largo de la vida. Casi en todos los tipos de amor existen algunos elementos de placer sexual o expresión del papel sexual.

CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL

El ciclo de la respuesta sexual, con sus dos mecanismos fisiológicos fundamentales de vasocongestión y miotonía, pasan por fases idénticas en los cambios correspondientes en los órganos genitales y de otras partes del cuerpo, tanto en mujeres como en varones.

1.8.1 PATRONES DE LA RESPUESTA SEXUAL

El ciclo de la respuesta sexual en hombres y mujeres se ha dividido en varias etapas. Existen varios autores que han realizado clasificaciones al respecto.

Algunos mencionan tres, otros cuatro y otros cinco etapas. Pero el modelo más popular es el de Masters y Johnson que a continuación se menciona.

MODELO DE CUATRO ETAPAS DE MASTERS Y JOHNSON

Desarrollaron un modelo de cuatro etapas que va desde la excitación hasta la plataforma, al orgasmo y por último la resolución.

1. **ETAPA DE EXCITACIÓN.** Se inicia al comenzar las sensaciones y sentimientos eróticos. Esto produce una vasocongestión inmediata e intensa y un aumento de miotonía si la estimulación es eficaz. La excitación en el hombre se detecta por la erección, con engrosamiento del escroto y elevación de los testículos.

En la mujer se produce con rapidez la lubricación vaginal, el clitoris aumenta de tamaño, el útero aumenta de tamaño y comienza a elevarse y la vagina aumenta su tamaño y se expande en la porción superior.

2. **ETAPA DE PLATAFORMA.** Es la que precede en forma inmediata al orgasmo.

En el hombre, el pene se encuentra totalmente distendido y erecto; los testículos tienen el máximo de tamaño y están muy cercanos contra el perineo; aparecen gotas de líquido procedentes de las glándulas de Cowper. En las mujeres, la congestión pélvica y el edema alcanzan un máximo, con distensión máxima de los bulbos vestibulares, labios menores, tercio inferior de la vagina y útero. La plataforma orgásmica se forma en la parte inferior de la vagina y el útero asciende de la pelvis verdadera mientras que la vagina superior se ensancha. El clitoris está en su totalidad retraído bajo el prepucio.

3. **ETAPA DE ORGASMO.** Se alcanza cuando la vasocongestión pasa mas allá del punto crítico y se desencadena un mecanismo de elongación refleja en los músculos pélvicos de ambos sexos. Estos músculos se contraen con vigor, comprimiendo las estructuras distendidas y expulsando la sangre que ha quedado atrapada en los tejidos y vasos, lo que causa la sensación de orgasmo. En el hombre se produce la eyaculación y contracciones del pene y la uretra. En la mujer se producen contracciones.

4. **ETAPA DE RESOLUCIÓN.** Es la etapa final del ciclo de respuesta sexual, en el se invierten los cambios en los genitales y otros órganos. Los testículos reducen su tamaño y descienden y el escroto se relaja y regresa a su posición normal. El pene queda flácido en dos etapas. En la mujer el clitoris regresa a su posición original y la plataforma orgásmica también experimenta detumescencia. La vagina regresa a un estado de relajamiento, el útero desciende, y el orificio cervical queda abierto durante treinta minutos. Los labios menores pierden su intensa coloración.²⁵

²⁵ Reeder, Sharon. Et. Al. Enfermería Materno infantil. Págs. 122-144.

1.8.2 RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

CICLO DE RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

| ETAPA DE EXCITACIÓN | ETAPA DE MESETA |
|--|--|
| <p>Cambios en los genitales externos</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ El clitoris aumenta de tamaño. ❖ Los labios mayores se extienden en forma aplanada y anteroposterior. ❖ Los labios menores aumentan de tamaño y se extienden hacia fuera. <p>Cambios en los genitales internos</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ El cérvix se aleja de la vagina. ❖ El útero se mueve hacia arriba alejándose de la vagina. ❖ La vagina comienza a lubricar en un lapso de 10 a 20 seg. ❖ Las dos terceras partes internas de la vagina se elongan y distienden. | <p>Cambios en los genitales externos</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ El clitoris se retrae bajo el capuchón. ❖ Las glándulas de Bartholin secretan unas gotas. ❖ Los labios menores se vuelven color rojo brillante y su tamaño aumenta. <p>Cambios en los genitales internos</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ El canal vaginal se expande. ❖ El útero se encuentra totalmente elevado en la pelvis falsa. ❖ El clitoris está retraído debajo del capuchón. ❖ Plataforma orgásmica (la entrada de la vagina se contrae). ❖ Los labios menores aumentan de tamaño y se vuelven rojo brillante. |
| ETAPA ORGÁSMICA | ETAPA DE RESOLUCIÓN |
| <p>Cambios en los genitales externos</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ El meato urinario se dilata en algunas mujeres. ❖ Labios mayores y menores sin cambios. <p>Cambios en los genitales internos</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ El útero experimenta contracciones. ❖ El esfínter rectal se contrae. ❖ La vagina se contrae. | <p>Cambios en los genitales externos</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ El clitoris regresa con lentitud a su tamaño normal. ❖ Los labios mayores regresan a la posición de la línea media. ❖ Los labios menores regresan con lentitud a su tamaño y posición normal. <p>Cambios en los genitales internos</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ El cérvix cae en el receptáculo seminal. ❖ El útero regresa a su posición normal. ❖ El tercio externo de la vagina regresa con rapidez a la normalidad; los dos tercios internos regresan con lentitud. |

FUENTE: Enfermería materno-infantil pp.139-140.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1.8.3 RESPUESTA SEXUAL MASCULINA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL MASCULINA

| ETAPA DE EXCITACIÓN | ETAPA DE MESETA |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">❖ El meato se dilata.❖ Elevación parcial de los testículos.❖ Engrosamiento de la piel y la túnica.❖ Erección del pene. | <ul style="list-style-type: none">❖ Sensación de inevitabilidad eyaculatoria.❖ Secreción de la glándula de Cowper.❖ Aumento del diámetro del glande.❖ Los testículos experimentan rotación anterior.❖ El escroto se engrosa.❖ Aumenta el tamaño de los testículos en un 50 %.❖ Aumenta al doble del tamaño el bulbo uretral. |
| ETAPA ORGÁSMICA | ETAPA DE RESOLUCIÓN |
| <ul style="list-style-type: none">❖ El esfínter interno de la vejiga se contrae.❖ El conducto deferente se contrae.❖ Las contracciones fuerzan la expulsión del líquido seminal por la uretra.❖ Contracciones del pene.❖ Contracciones uretrales.❖ Mayor aumento en el tamaño del bulbo.❖ La próstata se contrae.❖ El esfínter del recto se contrae.❖ La vesícula seminal se contrae. | <ul style="list-style-type: none">❖ El pene disminuye a un tamaño 50% menor que en la erección.❖ El escroto se adelgaza y los pliegues vuelven a aparecer.❖ Los testículos descienden.❖ Hay pérdida de congestión testicular. |

FUENTE: Enfermería Materno-infantil pág. 141.

1.9 CICLO OVÁRICO

Los principales acontecimientos del ciclo menstrual se pueden correlacionar con los del ciclo ovárico y con los cambios en el endometrio.

El ciclo menstrual es una serie de cambios en el endometrio de la mujer que no está embarazada. Si no hay fertilización, la capa funcional del endometrio se desprende. El ciclo ovárico es una serie mensual de acontecimientos que se relacionan con la maduración de un óvulo.

El ciclo menstrual, el ciclo ovárico y el resto de cambios que se asocian con la pubertad de la mujer se controlan mediante un factor de regulación que proviene del hipotálamo y que se conoce con el nombre de hormona liberadora de gonadotropina. La hormona liberadora de gonadotropinas origina la secreción de la hormona folículo estimulante en la glándula hipófisis anterior. La hormona folículo estimulante fomenta el desarrollo inicial del folículo ovárico y su secreción de estrógenos.

La hormona liberadora de gonadotropinas también estimula la liberación de otra hormona en la glándula hipófisis anterior, la hormona luteinizante estimula el desarrollo de los folículos ováricos, provoca la ovulación y estimula la producción de estrógenos, progesterona, inhibina, y relaxina en las células ováricas del cuerpo lúteo.

1.-FASE MENSTRUAL

La duración del ciclo menstrual varía de 24 a 35 días. Los acontecimientos que se presentan durante el ciclo menstrual se puede resumir en tres fases: la fase menstrual, la fase preovulatoria y la fase postovulatoria.

La fase menstrual es el período de expulsión de 25 a 65 ml. de sangre, líquido tisular y células epiteliales. Es consecuencia de una reducción súbita de los estrógenos y progesterona y dura aproximadamente los primeros cinco días del ciclo menstrual.

Durante la fase menstrual, también actúa el ciclo ovárico. Los folículos primarios, empiezan su desarrollo. Durante el inicio de cada fase menstrual, 20 a 25 de los folículos primarios empiezan a producir cantidades mínimas de estrógenos. Hacia

la parte final de la fase menstrual, 20 de los folículos ya desarrollan un folículo secundario. La producción de estrógenos en los folículos secundarios eleva ligeramente las concentraciones de estrógenos en la sangre.

2.-FASE PREEVULATORIA

La fase preovulatoria, segunda fase del inicio menstrual, es aquella que transcurre entre la menstruación y la ovulación. Esta fase del ciclo menstrual es más variable que las otras fases, dura de 6 a 13 días en un ciclo de 28 días.

La hormona folículo estimulante y la hormona luteinizante estimulan a los folículos ováricos para producir más estrógenos y este aumento en los estrógenos estimula la reparación del endometrio. Debido a la proliferación de las células endometriales, la fase preovulatoria también se llama fase proliferativa. Otro nombre que recibe es el de fase folicular, debido al aumento de los estrógenos en el folículo en desarrollo. Desde el punto de vista funcional, los estrógenos son las hormonas ováricas dominantes durante esta fase del ciclo menstrual.

Durante la fase preovulatoria, uno de los folículos secundarios en el ovario madura para transformarse en el folículo ovárico vesicular (de Graaf) o folículo maduro. Este folículo está listo para la ovulación y produce una dilatación en la superficie del ovario.

OVULACIÓN

Antes de la ovulación, la concentración alta de estrógenos que se desarrolló durante la fase preovulatoria ejerce una retroalimentación positiva sobre la hormona luteinizante y la hormona liberadora de gonadotropinas. La liberación de la hormona luteinizante aumenta ligeramente debido al efecto directo de los estrógenos sobre la glándula hipófisis anterior y también debido al incremento en la secreción de hormona liberadora de gonadotropinas en el hipotálamo. Esto provoca que la glándula hipófisis anterior libere una descarga de hormona luteinizante. Sin ella, la ovulación no se presenta.

SIGNOS DE OVULACIÓN.

Un signo de ovulación importante es la temperatura basal. Cuando la menstruación desaparece, se lleva un registro de la temperatura que se debe revisar cada mañana inmediatamente después de despertarse. Es típico que a los

14 días después del inicio del último ciclo menstrual se presente una ligera elevación en la temperatura, por lo general entre 0.4 y 0.6 °C. Este fenómeno se debe a un aumento en los valores de progesterona. Las 24 horas siguientes al aumento de la temperatura, es el período que sigue a la ovulación y por lo general se considera como el mejor momento para embarazarse. La seguridad de la determinación depende de muchos factores que influyen las variaciones individuales, la seguridad de las lecturas de la temperatura y otros factores diferentes al ciclo ovárico que pueden afectar la temperatura corporal.

Otro signo de ovulación es la cantidad y consistencia del moco cervical. La secreción del moco cervical se reanuda por efecto de los estrógenos y la progesterona. A mitad del ciclo, cerca del momento de la ovulación, el aumento en los valores de estrógenos provoca que las células secretoras del cuello uterino produzcan grandes cantidades de moco cervical. Un día o dos antes de la ovulación, la cantidad de moco empieza a disminuir y por lo general desaparece unos días después de la ovulación. Aún más importante, conforme se acerca la ovulación, el moco se hace más claro y con filancia (se puede estirar de 2.54 a 15.24 cm), presenta deslizamiento y provoca sensación de lubricación, escurrimiento o humedad en los labios externos de los genitales. Este es el tipo de moco más fértil e indica el tiempo de mayor fertilidad. Alrededor del día de la ovulación, el moco cervical pierde filancia, se hace grueso, espeso y más opaco y desaparece algunos días después de la ovulación. Este moco menos fértil se produce en respuesta a la influencia de la progesterona.

El cérvix también exhibe signos de ovulación, se abre el orificio externo, se eleva y se hace más blando.

Algunas mujeres también experimentan dolor en uno o ambos ovarios alrededor del momento de la ovulación.

3.-FASE POSTOVULATORIA

La fase postovulatoria del ciclo menstrual es la más constante en cuanto a duración, que abarca del 15 al 28 en un ciclo de 28 días y representa el tiempo entre la ovulación y la aparición de la siguiente menstruación. Después de la ovulación, la secreción de hormona luteinizante forma el cuerpo lúteo que secreta

cantidades progresivamente mayores de estrógenos y progesterona. La progesterona es responsable de la preparación del endometrio para recibir al óvulo fertilizado.²⁶

1.10 CLASIFICACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Métodos anticonceptivos. Son los recursos y procedimientos que se utilizan con el fin de evitar la unión del óvulo o gameto femenino con el espermatozoide o gameto masculino y que permiten la cópula entre la pareja sin el riesgo de embarazo.²⁷

Existen varias clasificaciones de los métodos anticonceptivos para su estudio, en esta ocasión se mencionara sólo una de ellas, ya que es la mejor que se adapta para este estudio.

A) MÉTODOS TEMPORALES.

➤ NATURALES:

- Coito interrumpido.
- Ritmo o abstinencia periódica (Ogino y Knaus).
- Alteraciones del moco cervical (Billings).
- Lactancia materna.
- Temperatura basal.
- Método Sintotérmico.

➤ DE BARRERA:

- Preservativo masculino.
- Preservativo femenino.
- Espermaticidas locales.
- Diafragma.
- Dispositivo intrauterino

➤ ANOVULATORIOS:

²⁶ Tortora, Gerard J. Principios de Anatomía y Fisiología, Págs. 1128-1134.

- Hormonales orales.
- Hormonales parenterales.
- Implante subdérmico.

B) MÉTODOS PERMANENTES.

- Y OCLUSION TUBARIA BILATERAL (OTB).
- Y VASECTOMÍA.²⁸

La elección de un método es muy personal; en la decisión influyen factores como:
AUSENCIA DE ARTIFICIALIDAD: El método debe ser lo más natural posible, para que su empleo no interfiera en proceso orgánico alguno, metabólico u hormonal.

BAJO COSTO: El método debe ser barato, para estar al alcance de todas las clases sociales. La utilización repetida de los métodos naturales para la anticoncepción no implica costo alguno.

INDEPENDENCIA DEL MÉDICO: Que fuera el propio usuario el que controlara el uso del método sin interferencias del médico.

REVERSIBILIDAD: Los métodos naturales son los más adecuados a esta característica, pues no interfieren en la fertilidad de la mujer o de la pareja, simplemente la evitan.

INOCUIDAD: La salud integral, en su triple vertiente física, psíquica y social, no debiera verse dañada en lo más mínimo por el empleo consciente del método elegido.

EFICACIA: Puede definirse por tanto como la seguridad que dicho método presenta para prevenir la concepción. Se pueden distinguir aquí la llamada eficacia teórica, que deriva del empleo correcto del método en cuestión, sin errores por parte del usuario, y la denominada eficacia de uso que hace referencia al éxito del método durante su empleo clínico.

DISPONIBILIDAD: En los servicios de salud se encuentre disponible el método requerido.

²⁷ Subsecretaría de Servicios de Salud. DGPF. Memoria de la Reunión Sobre Avances y Perspectivas de la Investigación Social en Planificación Familiar. Pág. 39.

²⁸ Mondragón Castro, Héctor. Ginecología Básica Ilustrada. Pág. 560.

APOYO DE LA PAREJA Y SU DESEO DE COLABORAR: Que ambos estén de acuerdo en la decisión de elección de un determinado método.

PROTECCIÓN CONTRA ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: Que brinde una protección a la persona.

FACILIDAD DE USO: Que no sea complicada la utilización del método o bien que sea capacitada la pareja adecuadamente en el uso de su método de planificación.

MOTIVACIÓN PERSONAL: Que la pareja se sienta a gusto con el método que utiliza para que no se vea afectada su relación.

CONVICIONES RELIGIOSAS O MORALES: La elección del método no vaya en contra de sus valores y creencias.²⁹

1.10.1 EFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA

La efectividad anticonceptiva es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, en un periodo de un año.³⁰

La efectividad la han dividido en:

- Efectividad del anticonceptivo, método o sistema.
- Efectividad de uso.
- Efectividad demográfica.

EFECTIVIDAD DEL ANTICONCEPTIVO, MÉTODO O SISTEMA. Esta efectividad se llama farmacológica, en caso de un anticonceptivo y teórica en el caso de un método o sistema.

Su cálculo se puede realizar en forma empírica o corrigiendo las posibles tasas de fallos y omisiones de los usuarios.

EFECTIVIDAD DE USO. La efectividad de uso indica el nivel de protección alcanzado por un grupo de usuarios/as de un anticonceptivo, método o sistema, en un cierto lugar y bajo circunstancias dadas, incluyendo posibles fallos de la medida anticonceptiva o de su uso. Esta efectividad es la más importante, ya que nos informa sobre la seguridad de la medida anticonceptiva en la práctica.

²⁹ Calaf Alsina, Joaquín. Manual Básico de Contracepción, Págs. 19-23.

³⁰ Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. Pág. 13.

EFFECTIVIDAD DEMOGRÁFICA. La efectividad demográfica es un aspecto sociopolítico que analiza el impacto de las medidas de planificación familiar sobre el crecimiento poblacional.³¹

Por lo anterior dentro de un programa de planificación familiar, por voluntad de sus seguidores, a reducir la tasa de fecundidad, interesa conocer el éxito alcanzado con las medidas del programa a través de su evaluación.

EFFECTIVIDAD DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

| MÉTODO | EFFECTIVIDAD | PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA |
|--|---------------|---|
| Anticonceptivos hormonales orales combinados. | 92 – 99%. | Por un mes. Al suspender el método el retorno a la fertilidad es inmediata. |
| Anticonceptivos hormonales orales sólo progestina. | 90 – 97%. | Por un mes. Al suspender el método el retorno a la fertilidad es inmediata. |
| Anticonceptivo hormonal inyectable que sólo contiene progestina. | Más del 99 %. | Por dos meses. El retorno a la fertilidad es de tres a seis meses después de la última inyección. |
| Anticonceptivos hormonales inyectables combinados. | Más del 99 %. | Por un mes. El retorno a la fertilidad es de dos a tres meses después de la última inyección. |
| Dispositivos intrauterinos Medicados con cobre. | 98 – 99 %. | T – 380 A: Hasta por diez años; multiload 375: hasta por cinco años; después de la remoción del dispositivo intrauterino el retorno a la fertilidad y a la fecundidad es inmediata. |
| Preservativo o condón. | 85 – 88 %. | La protección se limita al momento de su uso. |
| Métodos naturales de planificación familiar. | 70 – 80 %. | Se limita al periodo de su práctica correcta. |
| Oclusión tubaria bilateral (OTB) o salpingoclasia. | Más del 99%. | Permanente. |
| Vasectomía. | Más del 99%. | Permanente. |

Fuente: El derecho a la libre decisión pag.87

³¹ Trias de Bes, Dexeus Forroll Turró. Anticoncepción. Págs. 217-218.

1.11 GENERALIDADES SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES

PLANIFICACIÓN FAMILIAR NATURAL

La OMS ha definido la planificación familiar natural como: "Métodos para planear o evitar los embarazos por medio de la observación de los signos y síntomas naturales de las épocas fértil e infértil del ciclo menstrual. La abstinencia periódica con fines de anticoncepción, basada en criterios científicos, sólo comienza en 1929 cuando Knaus, en Austria, observó que la ovulación se presenta 12-16 días antes de la menstruación siguiente. En 1930 Ogino, en Japón hizo una observación similar.

La ovulación ocurre generalmente una sola vez durante el ciclo menstrual y tiene una relación más o menos constante con el principio del próximo período menstrual. El óvulo solo puede ser fecundado durante 12 ó 24 horas, como máximo, después de su liberación del ovario. El tiempo promedio de supervivencia del espermatozoide en un ambiente favorable es de tres días.

Los métodos naturales según sus modalidades son: amenorrea de la lactancia (MELA), abstinencia, ritmo o calendario, temperatura basal, moco cervical (Billings) y la combinación de éstos últimos o método sintotérmico".³²

Por otra parte la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar define los métodos naturales como: 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.³³

Los métodos naturales se basan en el hecho de que el momento del ciclo en que la mujer puede quedar embarazada es realmente muy corto. El principio de los métodos naturales consiste en la determinación exacta, con técnicas específicas, de este momento para abstenerse de relaciones durante el mismo, o bien mantenerlas utilizando métodos de barrera. "ser consciente de tu fertilidad" significa saber cuando es posible que quedes embarazada.

³² Botero Uribe, Jaime. Et. Al. Obstetricia y Ginecología. Pág. 670.

³³ Secretaría de Salud. NOM. Págs. 58-59

"abstinencia periódica" significa prescindir de mantener relaciones durante el período fértil.

Es muy probable que la abstinencia periódica se venga practicando desde los tiempos en que se supo que las relaciones sexuales llevaban al embarazo. Los médicos de la antigua Grecia hablaban de períodos estériles y de momentos en que una mujer tenía más probabilidades de quedar en estado. Sin embargo, hasta finales de los años cincuenta del siglo pasado, se siguió creyendo que el período de abstinencia, si se quería evitar un embarazo, se situaba justo antes de la regla y durante la misma. El método natural más eficaz consiste en combinar varias técnicas para determinar con la mayor precisión el momento de la ovulación.³⁴

1.12 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES

1.12.1 MÉTODO DEL RITMO, CALENDARIO O DE OGINO-KNAUS

Fueron Ogino en Japón en 1930 poco después Knaus en Austria en 1933 quienes demostraron que la ovulación se produce entre reglas y no durante estas y encontraron un tiempo relativamente constante entre el momento de la ovulación y la regla siguiente. Ogino observó un período fértil en todo el ciclo de ocho días y Knaus lo fijó en cinco días. Por lo que se desarrollaron fórmulas para el cálculo teórico de los períodos del ciclo de máxima fertilidad, en el caso del método de Ogino es el siguiente:

-Observación y cuantificación de la duración de doce ciclos cualesquiera, pero consecutivos, a partir de los cuales se puede aplicar el método.

-Ciclo más corto: 19°.- primer día fértil

-Ciclo más largo: 10°.- último día fértil

-Períodos de coitos libres: antes del primero y después del último día fértil.

Por lo que si una mujer tiene ciclos entre 25 y 30 días a lo largo del año, su período fértil de continencia periódica será entre los días 6° y 20°.

³⁴ Hayman, Suzie, Guía de los Métodos Anticonceptivos, Págs. 87-94.

Este método consiste en hacer un seguimiento de los ciclos durante unos meses, normalmente de 6 a 12. La idea es determinar la fecha más temprana y más tardía en que puede producirse la ovulación y abstenerse de relaciones durante el período crítico comprendido entre dichas fechas.³⁵

EFFECTIVIDAD

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 70 al 80%.

VENTAJAS

- Es el único método que no tiene efectos secundarios.
- Este método ayuda a que la pareja participe.
- Permite a la mujer ser consiente de los ciclos de su cuerpo.
- De mantenerse los ciclos en duraciones regulares, no exige control diario.

DESVENTAJAS

- Limita mucho las relaciones sexuales.
- Resta espontaneidad por prolongar largamente el período peligroso.
- Funciona solamente para las mujeres que tienen sus ciclos muy regulares, que no se les adelanta ni se atrasa su menstruación.
- Riesgo de embarazo si no se practica como se indica.
- Si el compañero no quiere cooperar ni comprometerse no podrá funcionar.

1.12.2 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

³⁵ Calaf Alsina, Joaquín. Op. Cit. Pág. 35.

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 continua hasta el cuarto día después del día cúspide en que se presenta el sintoma máximo o filantes 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 con la simbología convencional disponible para el método.

El último día de secreción de moco se llama día cúspide. Se marca con una x y sólo puede confirmarse al día siguiente, cuando vuelve el patrón infértil o días secos que determinan el comienzo de la etapa infértil del ciclo menstrual a partir del cuarto día después del cúspide. Los tres días siguientes al día cúspide se marca 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.³⁶

John y Evelyn Billings dividen el ciclo en varias fases según las características de la secreción vaginal.

³⁶ Secretaría de Salud. NOM, Págs. 59-61.

Fase 1: o de días secos, inmediatamente tras la regla.

Fase 2: aumento progresivo de secreción, de duración variable.

Fase 3: la secreción, abundante, clara, es síntoma de ovulación inminente. Persiste incluso algún día después de ésta.

Fase 4: la progesterona, en plena fase lútea, convierte la secreción en espesa, opaca, turbia, pegajosa hasta provocar la sequedad.

El método del moco cervical permite la regulación de la fertilidad mediante la continencia periódica, la abstinencia de coitos completos en los días de cambios cíclicos con moco periovulatorio alrededor del llamado día cumbre o cúspide.

El método que exige cierto grado de cultura, es válido no sólo para ciclos regulares sino en ocasiones bien distintas.

1.-Ciclos cortos: los que suelen faltar los días secos preovulatorios.

2.-Ciclos largos: entre los días infértiles suelen aparecer unos días de secreción mucosa que se deberán considerar peligrosos hasta cuatro días después del cambio.

3.-Ciclos irregulares: los que habrán de seguirse las pautas de la fase preovulatoria hasta detectar, si se produce la ovulación.

4.-Lactancia materna: los cambios en el moco son evidentes durante el puerperio, cuando empieza a producirse, una vez acabado los loquios.

5.-Premenopausia: época en donde se acortan los ciclos por déficit de la fase lútea para posteriormente alargarse por anovulación, manteniendo un preovulatorio mas largo.³⁷

EFFECTIVIDAD

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 70 al 80%.³⁸

VENTAJAS

- No tiene efectos colaterales.

³⁷ Calaf Alsina, Joaquín. Op. Cit. Págs. 32-35.

- Te permite conocer tu cuerpo.
- Alta eficacia en mujeres entrenadas y con ciclos regulares.
- Aplicable en cualquier tipo de ciclo.
- Utilizable en prácticamente cualquier época de la vida de la mujer.
- Fácil de aprender, incluso en comunidades analfabetas.

DESVENTAJAS

- No funciona si se tiene algún tipo de infección vaginal.
- Las posibilidades de embarazo son altas.
- Exige aprendizaje.
- Autodisciplina para la exploración mucosa diaria.
- La exploración en ocasiones puede provocar malestar por el contacto con las secreciones.³⁹

1.12.3 TEMPERATURA BASAL

La temperatura basal es, la temperatura del organismo en situación del mínimo gasto energético, lo que es lo mismo, la temperatura orgánica durante las fases finales de un sueño de entre 6 y 8 horas continuas, se modifica en lo largo del ciclo en función de la progesterona. El efecto termogénico de esta hormona eleva entre 4 y 6 décimas de grado la temperatura, desde la hipotermia de la fase folicular y la mantiene elevada durante los 12-14 días de duración media de la fase lútea.

El empleo de este método exige una disciplina exhaustiva en la continuidad de la toma al menos en los 3 primeros ciclos para comprobar su regularidad en la mujer.

La ovulación se produce, inmediatamente antes o al mismo tiempo en que se eleva el nivel de la temperatura basal; normalmente el ascenso se produce a las 24-48 horas de la ovulación.⁴⁰

³⁸ Secretaría de Salud. NOM, Pág. 59.

³⁹ Billings, John. Método de la Ovulación. Págs. 23-26.

⁴⁰ Calaf Alsina, Joaquín. Op. Cit. Págs. 35-36.

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 entre el primer día de la menstruación y el tercer día consecutivo de temperatura elevada. La espera de tres días, poselevación de la temperatura, contribuirá a evitar que el óvulo sea fecundado.

EFFECTIVIDAD

Algunos autores mencionan una efectividad no mayor del 62%, sin embargo la norma oficial mexicana de los servicios de planificación familiar menciona que bajo condiciones habituales este método brinda una protección anticonceptiva del 70 al 80%.

VENTAJAS

- Reversible y económico.
- Sin efectos adversos de ningún tipo.
- No crea problemas éticos ni religiosos.

DESVENTAJAS

- Tomar la temperatura puede ser molesto en sí mismo. Obliga a una gran autodisciplina matutina diaria.
- Exige conocimiento e información previa.
- Para incrementar su eficacia conviene mantener abstinencia en el periodo hipotérmico, pues antes de la ovulación los coitos no son seguros.

1.12.4 MÉTODO SINTOTÉRMICO

Este método es denominado 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 pueden 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 interpretarlo, incluso cuando no existen condiciones ambientales.

Las aceptantes de estos métodos pueden ser adiestradas por personal capacitado.

Se requiere de un período largo de instrucción inicial y asesoramiento progresivo.⁴¹

1.12.5 COITO INTERRUMPIDO

El coito interrumpido es el método más antiguo y más conocido puesto en práctica por el varón para el control de la natalidad. Este método consiste en retirar el pene de la vagina antes que se produzca la eyaculación. Cabe mencionar que los espermatozoides no sólo salen en la eyaculación, también el líquido de lubricación del pene que se emana desde el principio puede contener una pequeña cantidad de éstos y provocar un embarazo.

Este método como ya se mencionó anteriormente se basa en la eyaculación extravaginal en el momento del orgasmo. Técnicamente el semen deberá ser eyaculado lejos de la vulva. En casos de coitos interactivos es recomendable el lavado del pene y una micción de limpieza uretral, previamente el próximo coito.⁴²

⁴¹ Secretaría de Salud. NOM. Págs. 59-61

⁴² Hayman, Suzie. Op. Cit. Pág. 90

Es importante mencionar que en la Norma Oficial Mexicana de los servicios de Planificación Familiar el coito interrumpido no está considerado como un método natural de planificación, sin embargo en algunas clasificaciones encontradas sobre métodos anticonceptivos si lo incluyen.

EFFECTIVIDAD

No se sabe con exactitud la eficacia de este tipo de método.

VENTAJAS

- Es un método que no precisa adiestramiento por parte de técnicos ni de uso de procedimientos químicos o mecánicos.

DESVENTAJAS

El índice de su baja efectividad, se fundamenta principalmente en:

1.-El control estricto que impone el método. Es necesario el autodominio para dar el "salto atrás" en el momento del orgasmo y por tanto retirar el pene antes de la eyaculación.

2.-La capacidad fecundante, ocasional de los espermatozoides depositados en la vulva.

3.-La fuga espermática, preeyaculación, de espermatozoides localizados en la uretra. También puede causar un sentimiento de frustración en el varón, ya que exige una toma de conciencia intensa en el momento en el cual no es nada deseable.

También en la mujer se han descrito una serie de anomalías consecuentes a la práctica de este modo, como pueden ser:

1.-Congestión pélvica.

2.-Frigidez e insatisfacción sexual.⁴³

⁴³ Trias de Bes, Dexcus Forroll Turró. Op. Cit. Págs. 16-17.

1.12.6 LACTANCIA MATERNA

Desde tiempos ancestrales, la amenorrea consecutiva a la lactancia ha limitado el crecimiento de la población a tal extremo que es un método que se prolonga a veces, en países sin industrializar para garantizar el espaciamiento temporal hasta el siguiente embarazo.⁴⁴

Alguien dijo que "la lactancia era el anticonceptivo de la madre naturaleza" y sabida es la creencia de que mientras la mujer lacte no quedará embarazada. Aunque no del todo cierto, tiene su base fisiológica y científica.

En 1971, se aísla la hormona PRL o prolactina, se investiga y se le relaciona con la lactancia, además de con diversos síndromes que cursan con galactorrea y/o amenorrea, anovulación y esterilidad femenina.

La PRL es una holoproteína formada por una cadena de 198 a 200 aminoácidos, que se produce en la adenohipófisis junto a la hormona de crecimiento(GH) y al lactógeno placentario, formando las hormonas somatotropas.

Existe una hiperprolactinemia en la mayoría de las amenorreas y en los ciclos anovulatorios, y también es sabido que después del parto la PRL desciende hasta valores normales, pero que éstos valores son superiores a los basales en las mujeres que lactan, encontrándose el pico de PRL cuando se inicia la lactancia. Además, la simple succión del pezón o su estimulación provocan una descarga de PRL de unos 30 min. De duración aproximadamente. Repetidamente se ha comunicado que durante la lactancia se retrasa significativamente la ovulación.

Cuando se suprime la lactación, la concentración de PRL en sangre se sitúa dentro de los valores normales de la mujer que esta reglando.

Esto significa que en la lactación existe amenorrea y anovulación, y que es posible que la PRL actúe favoreciendo la lactancia y la amenorrea, determinando consecuentemente un período de infertilidad fisiológico, pero que

⁴⁴ Calaf Alsina, Joaquín. Op. Cit. Pág. 36.

no se sabe con certeza cuando se restablece la ovulación y que los niveles de PRL pueden variar por diversas causas.⁴⁵

También se menciona que cuando se mantiene más de seis tomas al día, el riesgo de ovulación en este período es de 1 a 5%; el riesgo se incrementa con menos tomas al día, a partir del 6° mes posparto o si aparecen menstruaciones espontáneas. Como ya se mencionó, la infertilidad posparto se debe fundamentalmente a la hiperprolactinemia responsable de la lactación; sin embargo aquella llega casi a normalizarse aunque se prolongue la lactancia, desapareciendo así la anovulación.

Este método también no está contemplado dentro de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar.

EFFECTIVIDAD

Efectivo cuando se usa de la forma común: dos embarazos por cada 100 mujeres en los primeros seis meses después del parto (1 en cada 50).

Muy efectivo cuando se usa en forma correcta y consistente: 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en los primeros seis meses después del parto (1 en cada 200).

VENTAJAS

- Previenen el embarazo en forma efectiva por al menos seis meses o quizá por más tiempo si la mujer continúa amamantando con frecuencia, de día y de noche.
- Promueve los mejores hábitos de lactancia materna.
- Puede usarse inmediatamente después del parto.
- No hay necesidad de hacer nada en el momento del coito.
- No hay costos directos relacionados a la planificación familiar ó a la alimentación del bebé.
- No se requiere ningún suministro ni procedimiento para prevenir el embarazo.
- Ningún efecto secundario por hormonas.

⁴⁵ Hayman, Suzie. Op. Cit. Pág. 93.

DESVENTAJAS

- No hay certeza de la efectividad después de los seis meses.
- La lactancia frecuente puede crear inconvenientes o dificultades para algunas madres, en particular para las madres que trabajan.
- No brinda protección contra las enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH.⁴⁶

⁴⁶ Robert Hatcher, A. et. al. Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva. Págs. 15-17-

2. ANÁLISIS Y RESULTADOS

ANÁLISIS Y RESULTADOS

Durante el tiempo de la realización del servicio social se observó que el programa de planificación familiar no tenía una gran demanda, ya que dentro de las dos unidades de salud estudiadas se contaba sólo con un total de 157 usuarias activas. De las cuales 22 utilizaban hormonales orales, 27 hormonales inyectables, 19 DIU, 70 preservativo y 19 tenían un método definitivo. Considerando que el total de la población de mujeres en edad fértil era de 887 lo cual representaba la tercera parte de la población femenina dentro de las unidades.

Por lo que se decide investigar algunas otras alternativas de planificación familiar en las mujeres en edad fértil que no utilizaban algún método de planificación artificial, encontrando que una gran mayoría de las mujeres que tenían una pareja utilizaban un anticonceptivo natural, el cual no está contemplado dentro del programa de planificación familiar.

Por todo lo anterior se investiga el grado de efectividad de los métodos anticonceptivos naturales y los factores que condicionan su uso, para lo cual se escogieron aleatoriamente a 100 mujeres con vida sexual activa que utilizaban algún anticonceptivo natural, encontrando los siguientes resultados.

Con referencia a la edad de las mujeres que utilizaban algún anticonceptivo natural se encontró que el índice más elevado de usuarias está entre las edades de 21-25 años con un 35%, seguido de 26-30 años con 29%, de 31-35 años con un 20%, de 36-40 años con 11%, de 15-20 años con 4% y de 41-45 años con el 1%. Cabe señalar lo encontrado en el marco teórico referencial el cual menciona que los embarazos a edades extremas tienen una influencia negativa sobre la salud de la madre y su hijo. Así mismo se ha encontrado que los riesgos de morbilidad y mortalidad maternoinfantil son menores cuando se evitan los embarazos antes de los 18 y después de los 35 años de edad. (Ver cuadro y gráfica No. 1 pág. 77).

Referente al tipo de anticonceptivo natural, se encontró que el más utilizado era el coito interrumpido con un 70%. Sin embargo recordemos que antes de que se

presente el orgasmo existe un líquido preeyaculatorio el cual puede contener cantidad suficiente de espermatozoides para poder fecundar, por otro lado el coito interrumpido no está considerado en la Norma Oficial Mexicana de los Servicios en Planificación Familiar como un método de planificación familiar, consultando otras literaturas no se sabe con exactitud su efectividad, pero lo que sí queda claro es que el hombre debe tener un control y conocimiento estricto de su cuerpo.

Seguido de este anticonceptivo se encontró que el ritmo o calendario era otro de los más utilizados por las mujeres de las comunidades con un 12%. La Norma Oficial Mexicana de los Servicios en Planificación Familiar le da una efectividad del 70 al 80%. Es importante señalar que el éxito de este anticonceptivo recae en la participación de la pareja.

Por otra parte se encontró al Billings con un 7% de usuarias, esto a pesar de que para su utilización exige de un autoconocimiento de la mujer sobre sus cambios durante todo su ciclo, también cabe mencionar que su efectividad alcanza los mismos porcentajes que el método anterior.

Algunas parejas preferían combinar el uso del coito interrumpido con la lactancia materna para aumentar la efectividad del anticonceptivo encontrando un 6% de usuarias.

Por último el anticonceptivo menos utilizado fue la lactancia materna exclusiva con un 5% del total de las usuarias, por lo que podemos mencionar que su efectividad dependerá de la cantidad de tetadas que se ofrezca al niño. De igual manera este anticonceptivo no está considerado por la Norma Oficial Mexicana de los Servicios en Planificación Familiar como un anticonceptivo natural, a pesar de que en la práctica se observó lo contrario.

(Ver cuadro y gráfica No.2 pág. 78).

La efectividad de los anticonceptivos naturales en relación a los años de uso y al número de hijos en las mujeres en edad fértil se encontró lo siguiente. Las mujeres que llevaban utilizando de 1-3 años algún anticonceptivo natural correspondió al

34% y tienen de 0-2 hijos, el 22% de 3-4 hijos, el 7% de 5-6 hijos y el 3% de 7-8 hijos.

Por otra parte las que llevaban de 4-6 años utilizando un anticonceptivo natural correspondió al 8% y tienen de 0-2 hijos, el 12% de 3-4 hijos, el 8% de 5-6 hijos y el 4% de 7-8 hijos. Y las que tienen 10 y más años utilizando dichos anticonceptivos correspondió al 2% y tienen de 0-2 hijos.

Analizando los resultados se puede observar que la efectividad anticonceptiva en estas mujeres es mayor del 70% marcado por la Norma Oficial Mexicana de los Servicios en Planificación Familiar, ya que como se pudo observar, éstas mujeres llevaban utilizando como mínimo un año algún anticonceptivo natural y el número de hijos que tienen van de los 0 a 4, observando así que el índice de natalidad no es elevado, lo que contribuye a una mejor salud de la mujer. (Ver cuadro y gráfica No.3 pág. 79).

Con respecto a la efectividad anticonceptiva natural en relación a los años de uso y al período intergenésico en las mujeres de estudio se encontró que las que llevaban utilizando de 1-3 años algún anticonceptivo natural el 41% había tenido un período intergenésico de 1-2 años, el 19% de 3-4 años, el 4% de 5-6 años y el 2% 7 y más años.

En las mujeres que llevaban de 4-6 años utilizando un anticonceptivo natural el 25% había tenido un período intergenésico de 1-2 años, el 6% de 3-4 años, y el 1% de 7 y más años.

En el rango de 7-9 años no se encontró ninguna usuaria. Sin embargo se encontraron mujeres que llevaban utilizando su anticonceptivo actual 10 años y más, de las cuales el 1% había tenido un período intergenésico de 5-6 años, de igual manera el 1% de 7 y más años.

Retomando el concepto de efectividad anticonceptiva el cual dice que es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, en un período de un año. Se pudo observar en los resultados que el mínimo de tiempo de uso de algún anticonceptivo natural es de un año, por lo que se le puede atribuir una efectividad del 100%. De igual manera el período

intergenésico corrobora la efectividad de los anticonceptivos naturales, ya que más del 50% tenían un período intergenésico de 1 a 4 años, aumentando con esto la efectividad de dichos anticonceptivos.. (Ver cuadro y gráfica No. 3.1 pág. 80).

Se preguntó a las mujeres la influencia de la religión en la decisión del uso de su método anticonceptivo, encontrando que en el 89% no influye dicho factor, sin embargo en el 11% si. (Ver cuadro y gráfica No.4 pág. 81).

Por otra parte se encontraron diferentes motivos por los que influye la religión en estas mujeres, los cuales fueron los siguientes: el 4% refirió que los métodos anticonceptivos artificiales van en contra de su religión, el 3% refirió que los excluyen de participar en los rituales de su religión, en el 2% les mencionaron que la mayoría de los métodos anticonceptivos artificiales son abortivos y hacen daño a la salud, y otro 2% en las pláticas prematrimoniales se les brindó consejería sobre el uso de anticonceptivos naturales. (Ver cuadro y gráfica No. 4.1 pág. 82).

En el 89% de las personas que contestaron que no existen motivos por los cuales influye la religión dieron las siguientes explicaciones, el 83% sólo contestó que no influye la religión no dando otra respuesta, el 4% dijo que la decisión del uso del método anticonceptivo sólo la toma la pareja y en el 2% el tipo de religión de algunas personas no les prohíbe el uso de métodos anticonceptivos artificiales. (Ver cuadro y gráfica No. 4.2 pág. 83).

Cabe mencionar que en las personas encuestadas la religión que predomina es la católica, como se sabe en esta religión se promueve la planificación familiar siempre y cuando se utilicen anticonceptivos naturales, por el contrario la mayoría de las religiones protestantes no se oponen al uso de anticonceptivos artificiales.

De acuerdo al grado de escolaridad de las mujeres encuestadas se encontró que el 53% cuenta con primaria incompleta, el 24% con primaria completa, el 13% es analfabeta, el 5% tiene secundaria completa, el 3% secundaria incompleta y el 2% sabe leer y escribir.

Es importante señalar que la educación en la mujer juega un papel importante en la salud reproductiva; ya que se sabe que la mujer que ha recibido educación

durante varios años tiende a casarse a una edad mayor, a tener familias más pequeñas, o a usar métodos modernos de regulación de la fecundidad, tener y demandar cuidados prenatales, atención adecuada durante el parto, tener acceso a trabajos con mejores salarios y ser más respetadas por sus esposos.

Analizando los resultados encontrados, se puede decir que existe un problema en la educación de estas mujeres, ya que más de la mitad no cuenta con una educación básica. (Ver cuadro y gráfica No.5 pág. 84).

En las familias encuestadas se preguntó sobre su ingreso semanal encontrando lo siguiente. El 38% obtienen entre 400-500 pesos, el 33% de 200-300 pesos, el 24% de 600-700 pesos, el 4% de 800-900 pesos y el 1% percibe 1000 pesos o más.

Es importante mencionar que las principales actividades a las que se dedicaban los pobladores de estos municipios son: agricultura, fruticultura, y ganadería principalmente, por lo que el ingreso semanal en la gran mayoría no era mayor de 500 pesos, si a esto se le agrega que el hombre era el único sostén económico esto lleva a las familias a tener diversas carencias, por consiguiente se veían obligados a emigrar a otros lugares abandonando lo poco que tenían en busca de mejores oportunidades. Por lo anterior muchos jefes de familia dejaban a la mujer en sus hogares por períodos largos por lo que las mujeres en lo que se refiere a planificación familiar preferían utilizar un anticonceptivo natural o de barrera específicamente el preservativo, abandonando algún anticonceptivo artificial que se estuviera utilizando. (Ver cuadro y gráfica No. 6 pág. 85).

Con lo que se refiere a la ocupación de las personas encuestadas se encontró que la totalidad de los hombres se dedicaba al trabajo de campo principalmente al corte de aguacate, así como al cultivo del maíz, y a la ganadería.

Por otra parte, las mujeres eran amas de casa aunque también colaboraban en las tareas del campo sin percibir ningún tipo de salario.

También se investigó si existía una influencia familiar en la toma de la decisión del uso del anticonceptivo actual, encontrando que en el 99% de las encuestadas no

influya su familia, ya que la decisión era tomada en pareja y solo el 1% contestó que sí llegaba a recibir dicha influencia.

Por lo que se puede observar que las decisiones de la familia se toman de manera interna, aunque la mayoría compartía la vivienda con la familia de alguno de los dos cónyuges. (Ver cuadro y gráfica No.7 pág. 86).

Como es sabido la familia es el núcleo básico de toda sociedad es aquí donde se adquieren valores y normas para vivir en armonía.

A pesar de los cambios que ha sufrido la familia en las comunidades rurales se sigue un modelo patriarcal el cual se comprobó con los siguientes resultados. Se les preguntó quién tomaba las decisiones en el hogar, a lo cual el 61% contestó que el esposo, el 37% ambos, el 1% ellas o algún otro miembro de la familia principalmente los suegros.

Es importante destacar que aunque la mujer campesina es sumisa, obediente y atendida, es notorio con estos resultados que ya toma un papel más activo dentro de la familia principalmente en el momento de la toma de decisiones. (Ver cuadro y gráfica No. 8 pág. 87).

En la utilización previa de anticonceptivos artificiales en relación con el número de hijos, se encontró que las mujeres que sí habían utilizado dichos métodos el 13% tienen de 0-2 hijos, el 9% de 3-4 hijos y el 3% de 5-6 hijos, dando esto un total del 25%.

Por otra parte las mujeres que negaron el uso previo de anticonceptivos artificiales se encontró que el 31% tiene de 0-2 hijos, el 25% de 3-4 hijos, el 12% de 5-6 hijos y el 7% de 7-8 hijos dando un total del 75%. Por lo que se pudo observar que a pesar de que la gran mayoría no había utilizado previamente un anticonceptivo artificial el índice de natalidad no es elevado en estas mujeres.

Por otra parte como señala la Organización Panamericana de las Salud, en América Latina y el Caribe, cifras de 1990 indican que la cobertura de uso de anticonceptivos es de más del 60%, y que en 20 países el método más utilizado es

la esterilización femenina con 20%, seguido por los anticonceptivos orales con 16%, otros métodos no especificados con 12%, DIU con 5%, el preservativo 2% y la esterilización masculina 1%. Se estima también que alrededor de un 40% de mujeres en edad fértil no utilizan ningún método anticonceptivo, por lo que se pudo relacionar con los resultados obtenidos, ya que el 75% de las mujeres en estudio no había utilizado ningún anticonceptivo artificial y solo un 25% si utilizó alguno de ellos. (Ver cuadro y gráfica No. 9 pág. 88).

Por lo que respecta a los motivos por los cuales algunas mujeres han dejado de utilizar un método artificial se encontró que los efectos colaterales ocupaban el 13% siendo el motivo más importante. Otros motivos también encontrados con menor frecuencia fue la carencia del método en las unidades de salud con el 2%, así mismo la emigración de la pareja constituyó un motivo importante para abandonar el método utilizado ocupando el 2%. De igual manera la expulsión del DIU posparto llegó a ser un motivo más de abandono con el 3%, debido a los cambios fisiológicos del cuerpo, ya que en la práctica se observó que al aplicar el DIU inmediatamente después del parto existía un mayor riesgo de expulsarlo, por consiguiente las usuarias desertaban de este método y no aceptaban el uso de algún otro anticonceptivo artificial.

Otros motivos menos encontrados fueron: el deseo de embarazo con el 1%, costo del método utilizado 1%, pena para recoger el método con el 1%, olvido en la utilización del mismo con el 1% y el desagrado por el método empleado con el 1%. (Ver cuadro y gráfica No. 9.1 pág. 89).

Así mismo se les preguntó el motivo por el cual muchas de las mujeres no habían usado un método artificial encontrando lo siguiente: el primer motivo fue el temor a los efectos colaterales con el 4%, seguido de los principios morales de la pareja con el 1%, creencias de que existe dificultad para utilizarlos con el 1%, así también como resistencia al uso de anticonceptivos artificiales con el 1%.

Es importante señalar que el 68% no contestó esta pregunta ya que no tenían un motivo específico de no haber utilizado un método artificial. (Ver cuadro y gráfica No. 9.2 pág. 90).

Referente al conocimiento sobre el funcionamiento del anticonceptivo natural que utilizaban las mujeres en estas unidades se obtuvo que el 73% de las encuestadas no conocía el funcionamiento de su método, y el 27% si. Por lo que cabe mencionar que la consejería en los servicios de planificación familiar juega un papel importante, ya que en ésta existe un proceso de comunicación interpersonal para apoyar la toma de decisiones en la elección y adopción de un método anticonceptivo, decisiones que debieran ser libres, responsables y sobre todo bien informadas. De igual manera la consejería debe proporcionar información, orientación y apoyo educativo a la pareja para poder esclarecer sus dudas. (Ver cuadro y gráfica No. 10 pág. 91).

En lo que se refiere a los motivos que interfieren con la satisfacción sexual en las parejas que utilizan un método anticonceptivo natural se encontró que en un 88% no interfieren, el 8% mencionó que a partir del uso de su método anticonceptivo natural nunca han tenido satisfacción, el 3% tiene miedo a embarazarse y en el 1% no existe un placer completo.

Si recordamos lo que menciona el marco teórico sobre la respuesta sexual humana en todas las culturas se regula el comportamiento sexual de alguna manera. Este control desempeña una función importante para la sociedad y transmite los valores sociales por lo que la cultura desempeña un papel de suma importancia en la expresión sexual y en la formación de la sexualidad, por lo que esto hace que las mujeres no expresen abiertamente sus emociones principalmente en el ámbito sexual.

Relacionando los resultados obtenidos con la experiencia se pudo observar que las mujeres encuestadas les fue difícil hablar sobre su sexualidad debido a su educación y valores culturales, reprimiendo sus emociones principalmente las que tienen relación con su sexualidad. (Ver cuadro y gráfica No. 11 pág. 92).

CUADRO No. 1

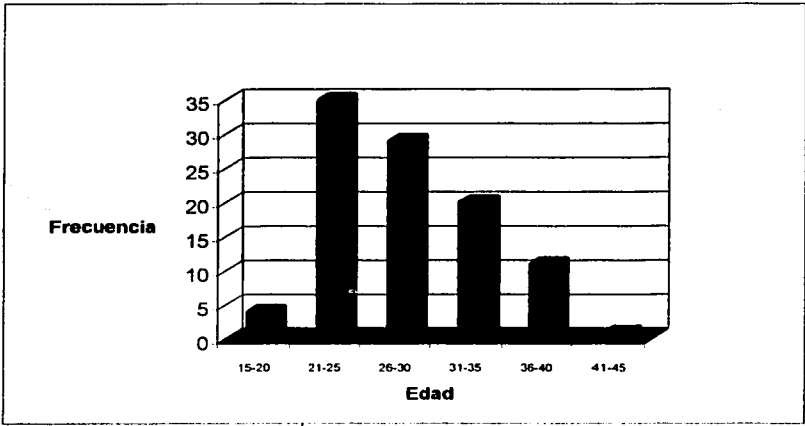
Edad de las mujeres que utilizan algún método anticonceptivo natural de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| 15-20 | 4 | 4.00 |
| 21-25 | 35 | 35.00 |
| 26-30 | 29 | 29.00 |
| 31-35 | 20 | 20.00 |
| 36-40 | 11 | 11.00 |
| 41-45 | 1 | 1.00 |
| Total | 100 | 100.00 |

Fuente. Encuestas aplicadas en los municipios de San Juan Nuevo y Tancitaro, Mich. Julio 2002.

GRÁFICA No. 1

Edad de las mujeres que utilizan algún método anticonceptivo natural de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.



Fuente. Cuadro No. 1.

CUADRO No. 2

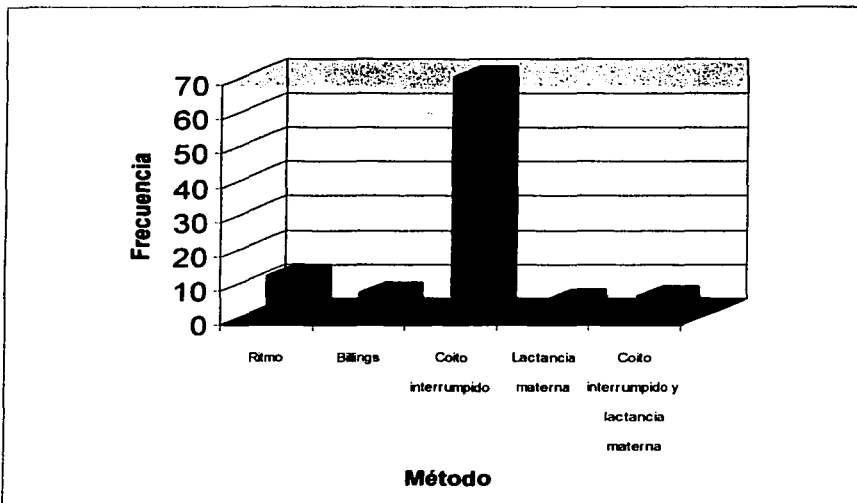
Tipo de método natural que utilizan las mujeres de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.

| Método | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|---------------|
| Ritmo | 12 | 12.00 |
| Billings | 7 | 7.00 |
| Coito interrumpido | 70 | 70.00 |
| Lactancia materna | 5 | 5.00 |
| Coito interrumpido y lactancia materna | 6 | 6.00 |
| TOTAL | 100 | 100.00 |

Fuente. Encuestas aplicadas en los municipios de San Juan Nuevo y Tancitaro, Mich. Julio 2002.

GRÁFICA No. 2.

Tipo de método natural que utilizan las mujeres de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.



Fuente. Cuadro No. 2.

CUADRO No. 3

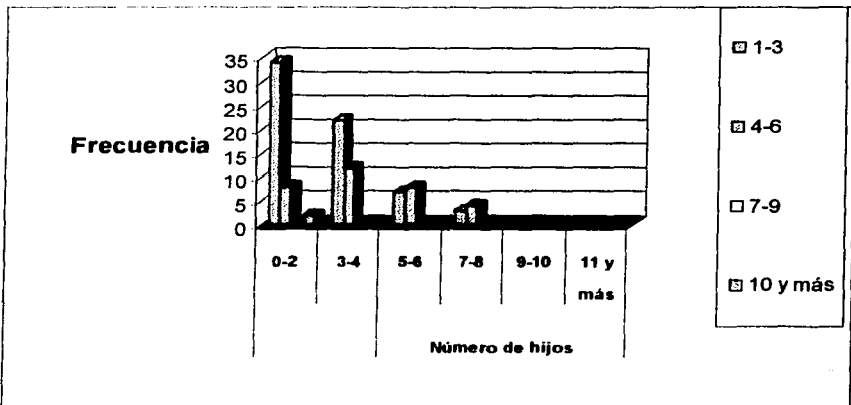
Efectividad de los anticonceptivos naturales en relación a los años de uso y al número de hijos de las mujeres en edad fértil de las unidades móviles Milpillás y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.

| Años de uso | Número de hijos | | | | | | TOTAL |
|--------------|-----------------|-----------|-----------|----------|------|----------|------------|
| | 0-2 | 3-4 | 5-6 | 7-8 | 9-10 | 11 y más | |
| 1-3 | 34 | 22 | 7 | 3 | | | 66 |
| 4-6 | 8 | 12 | 8 | 4 | | | 32 |
| 7-9 | | | | | | | |
| 10 y más | 2 | | | | | | 2 |
| TOTAL | 44 | 34 | 15 | 7 | | | 100 |

Fuente. Encuestas aplicadas en los municipios de San Juan Nuevo y Tancitaro, Mich. Julio 2002.

GRÁFICA No. 3

Efectividad de los anticonceptivos naturales en relación a los años de uso y al número de hijos de las mujeres en edad fértil de las unidades móviles Milpillás y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.



Fuente. Cuadro No. 3.

CUADRO No. 3.1

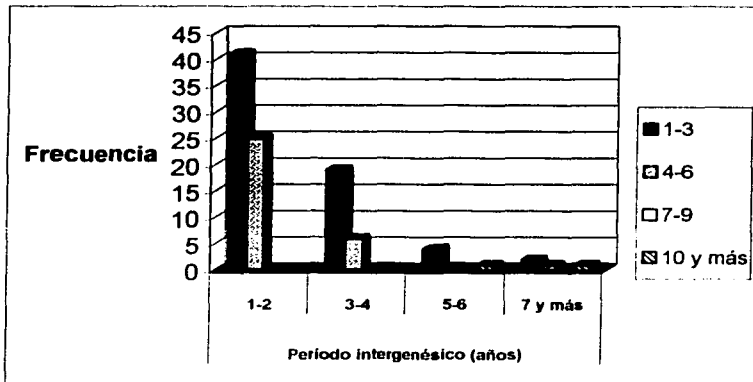
Efectividad de los anticonceptivos naturales en relación a los años de uso y al período intergenésico de las mujeres en edad fértil de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5. del estado de Michoacán.

| Años de uso | Período intergenésico (años) | | | | Total |
|--------------|------------------------------|-----------|----------|----------|------------|
| | 1-2 | 3-4 | 5-6 | 7 y más | |
| 1-3 | 41 | 19 | 4 | 2 | 66 |
| 4-6 | 25 | 6 | | 1 | 32 |
| 7-9 | | | | | |
| 10 y más | | | 1 | 1 | 2 |
| Total | 66 | 25 | 5 | 4 | 100 |

Fuente. Encuestas aplicadas en los municipios de San Juan Nuevo y Tancitaro, Mich. Julio 2002.

GRÁFICA No. 3.1

Efectividad de los anticonceptivos naturales en relación a los años de uso y al período intergenésico de las mujeres en edad fértil de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5. del estado de Michoacán.



Fuente. Cuadro No. 3.1.

CUADRO No. 4

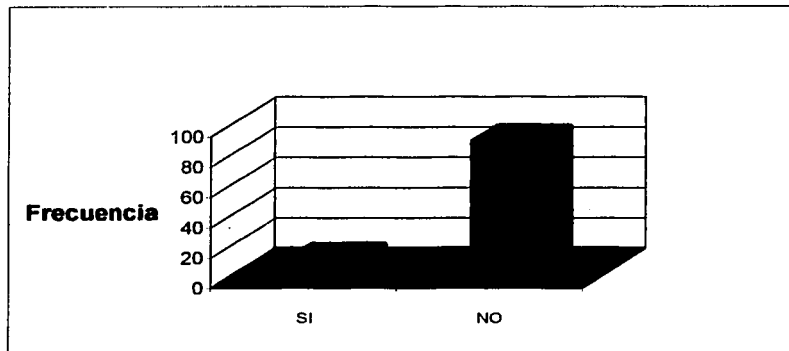
Influencia de la religión en el uso de métodos anticonceptivos naturales en las mujeres en edad fértil de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.

| Influyó la religión en el uso del método actual | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| SI | 11 | 11.00 |
| NO | 89 | 89.00 |
| Total | 100 | 100.00 |

Fuente. Encuestas aplicadas en los municipios de San Juan Nuevo y Tancitaro, Mich. Julio 2002.

GRÁFICA No. 4

Influencia de la religión en el uso de métodos anticonceptivos naturales en las mujeres en edad fértil de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.



Fuente. Cuadro No. 4.

CUADRO No. 4.1

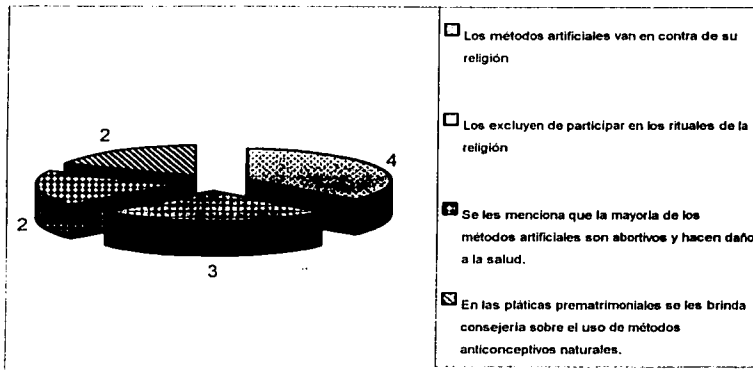
Motivos por los cuales influye la religión en la decisión del uso del método anticonceptivo actual en las parejas de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.

| Motivo | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|--------------|
| Los métodos artificiales van en contra de su religión | 4 | 4.00 |
| Los excluyen de participar en los rituales de la religión | 3 | 3.00 |
| Se les menciona que la mayoría de los métodos artificiales son abortivos y hacen daño a la salud. | 2 | 2.00 |
| En las pláticas prematrimoniales se les brinda consejería sobre el uso de métodos anticonceptivos naturales. | 2 | 2.00 |
| Total | 11 | 11.00 |

Fuente. Encuestas aplicadas en los municipios de San Juan Nuevo y Tancitaro, Mich. Julio 2002.

GRÁFICA No. 4.1

Motivos por los cuales influye la religión en la decisión del uso del método anticonceptivo actual en las parejas de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.



Fuente. Cuadro No. 4.1.

CUADRO No. 4.2

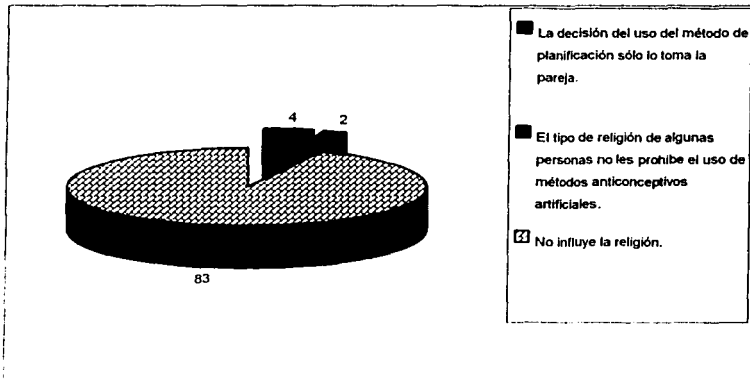
Motivos por los que no influye la religión en la decisión del uso del método anticonceptivo actual en las parejas de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.

| Motivo | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|--------------|
| La decisión del uso del método de planificación sólo lo toma la pareja. | 4 | 4.00 |
| El tipo de religión de algunas personas no les prohíbe el uso de métodos anticonceptivos artificiales. | 2 | 2.00 |
| No influye la religión. | 83 | 83.00 |
| Total | 89 | 89.00 |

Fuente. Encuestas aplicadas en los municipios de San Juan Nuevo y Tancítaro, Mich. Julio 2002.

Gráfica No. 4.2.

Motivos por los que no influye la religión en la decisión del uso del método anticonceptivo actual en las parejas de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.



Fuente. Cuadro No. 4.2.

CUADRO No. 5

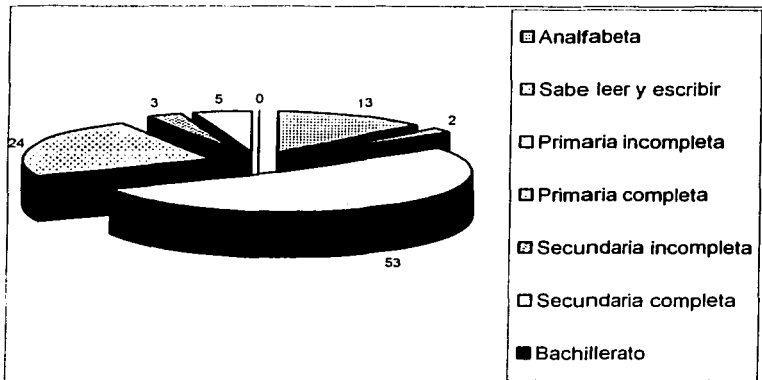
Nivel de estudios en las mujeres de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.

| Escolaridad | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|---------------|
| Analfabeta | 13 | 13.00 |
| Sabe leer y escribir | 2 | 2.00 |
| Primaria incompleta | 53 | 53.00 |
| Primaria completa | 24 | 24.00 |
| Secundaria incompleta | 3 | 3.00 |
| Secundaria completa | 5 | 5.00 |
| Bachillerato | 0 | 0.00 |
| Total | 100 | 100.00 |

Fuente. Encuestas aplicadas en los municipios de San Juan Nuevo y Tancítaro, Mich. Julio 2002.

GRÁFICA No. 5

Nivel de estudios en las mujeres de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.



Fuente. Cuadro No. 5.

CUADRO No. 6

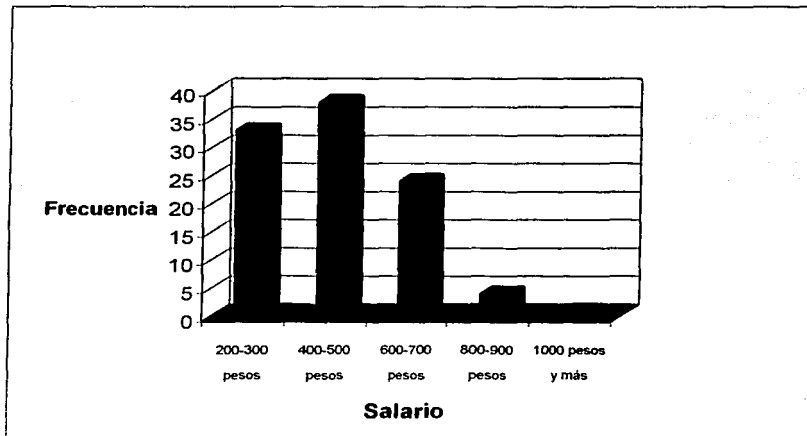
Ingreso semanal en las familias de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.

| Salario | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|------------|
| 200-300 pesos | 33 | 33.00 |
| 400-500 pesos | 38 | 38.00 |
| 600-700 pesos | 24 | 24.00 |
| 800-900 pesos | 4 | 4.00 |
| 1000 pesos y más | 1 | 1.00 |
| Total | 100 | 100.00 |

Fuente. Encuestas aplicadas en los municipios de San Juan Nuevo y Tancitaro, Mich. Julio 2002.

GRÁFICA No. 6

Ingreso semanal en las familias de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.



Fuente. Cuadro No. 6.

CUADRO No. 7.

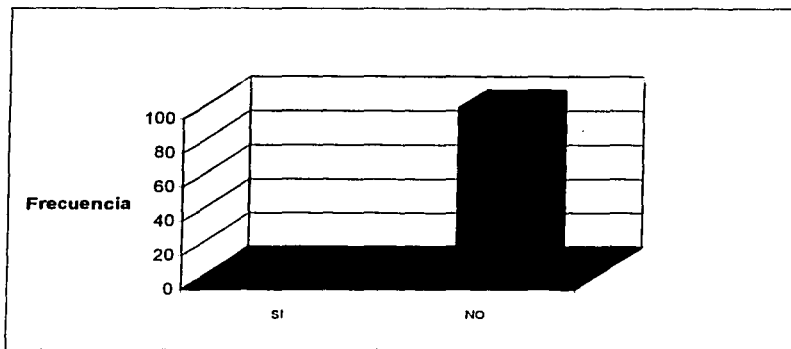
Influencia de la familia en el uso del método actual en las parejas de las unidades móviles Milpillás y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.

| Influencia de la familia | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------|------------|------------|
| SI | 1 | 1.00 |
| NO | 99 | 99.00 |
| Total | 100 | 100.00 |

Fuente. Encuestas aplicadas en los municipios de San Juan Nuevo y Tanctaro, Mich. Julio 2002.

GRÁFICA No. 7

Influencia de la familia en el uso del método actual en las parejas de las unidades móviles Milpillás y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.



Fuente. Cuadro No. 7.

CUADRO No. 8

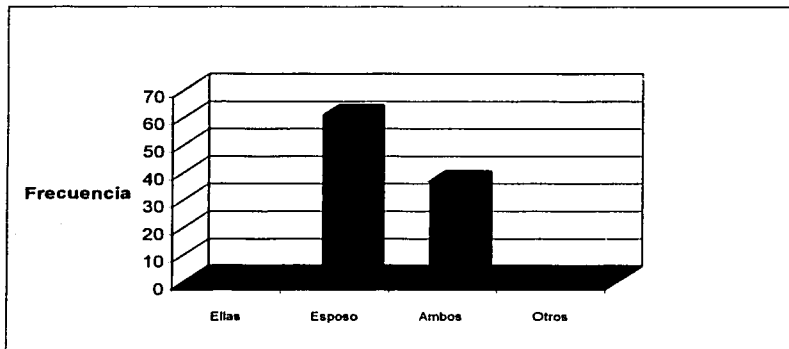
Toma de decisiones en las familias de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.

| Toma de decisiones | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------|------------|------------|
| Ellas | 1 | 1.00 |
| Esposo | 61 | 61.00 |
| Ambos | 37 | 37.00 |
| Otros | 1 | 1.00 |
| Total | 100 | 100.00 |

Fuente. Encuestas aplicadas en los municipios de San Juan Nuevo y Tancitaro, Mich. Julio 2002.

GRÁFICA No. 8

Toma de decisiones en las familias de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.



Fuente. Cuadro No. 8.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 9

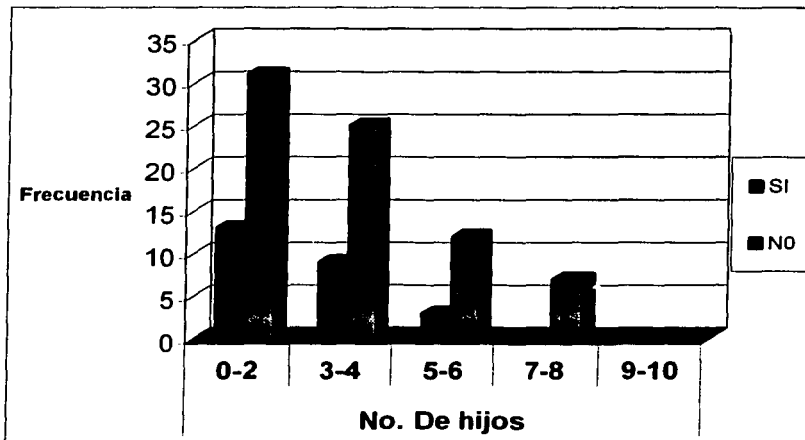
Utilización previa de anticonceptivos artificiales en relación con el número de hijos en las mujeres en edad fértil de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.

| Ha utilizado algún anticonceptivo artificial | No. De hijos | | | | | Total |
|--|--------------|-----------|-----------|----------|------|------------|
| | 0-2 | 3-4 | 5-6 | 7-8 | 9-10 | |
| SI | 13 | 9 | 3 | | | 25 |
| NO | 31 | 25 | 12 | 7 | | 75 |
| Total | 44 | 34 | 15 | 7 | | 100 |

Fuente. Encuestas aplicadas en los municipios de San Juan Nuevo y Tancitaro, Mich. Julio 2002.

GRÁFICA No. 9

Utilización previa de anticonceptivos artificiales en relación con el número de hijos en las mujeres en edad fértil de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.



Fuente. Cuadro. No. 9.

CUADRO No. 9.1

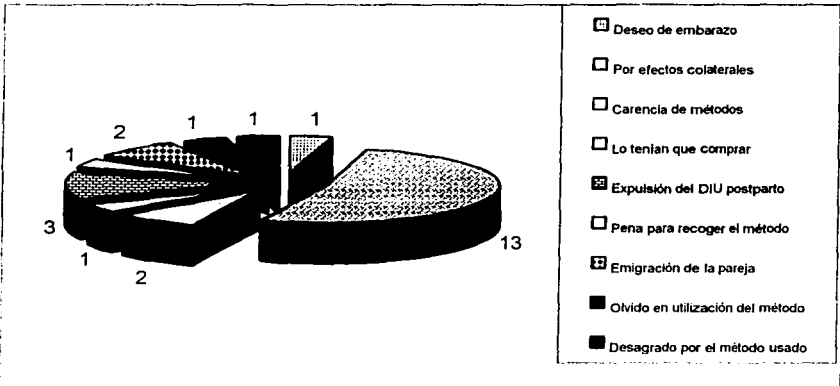
Motivos por lo que suspendieron el uso de métodos artificiales las mujeres de las unidades móviles Milpillás y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.

| Motivo | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------------|------------|--------------|
| Deseo de embarazo | 1 | 1.00 |
| Por efectos colaterales | 13 | 13.00 |
| Carencia de métodos | 2 | 2.00 |
| Lo tenían que comprar | 1 | 1.00 |
| Expulsión del DIU postparto | 3 | 3.00 |
| Pena para recoger el método | 1 | 1.00 |
| Emigración de la pareja | 2 | 2.00 |
| Olvido en utilización del método | 1 | 1.00 |
| Desagrado por el método usado | 1 | 1.00 |
| Total | 25 | 25.00 |

Fuente. Encuestas aplicadas en los municipios de San Juan Nuevo y Tancítaro, Mich. Julio 2002.

GRÁFICA No. 9.1

Motivos por lo que suspendieron el uso de métodos artificiales las mujeres de las unidades móviles Milpillás y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.



Fuente. Cuadro No. 9.1.

CUADRO No. 9.2

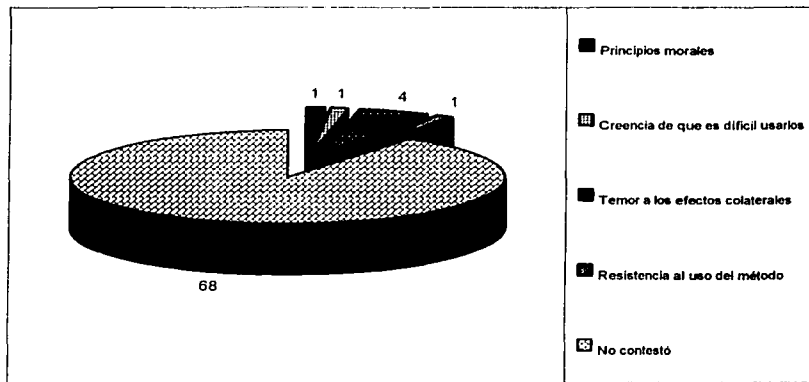
Motivos por los que no han utilizado métodos artificiales las mujeres de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.

| Motivo | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------------|------------|--------------|
| Principios morales | 1 | 1.00 |
| Creencia de que es difícil usarlos | 1 | 1.00 |
| Temor a los efectos colaterales | 4 | 4.00 |
| Resistencia al uso del método | 1 | 1.00 |
| No contestó | 68 | 68.00 |
| Total | 75 | 75.00 |

Fuente. Encuestas aplicadas en los municipios de San Juan Nuevo y Tancitaro, Mich. Julio 2002.

GRÁFICA No. 9.2

Motivos por los que no han utilizado métodos artificiales las mujeres de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.



Fuente. Cuadro No. 9.2.

CUADRO No. 10

Conocimiento sobre el funcionamiento del método que utilizan las mujeres de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.

| Conocimiento sobre el funcionamiento del método natural | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| SI | 27 | 27.00 |
| NO | 73 | 73.00 |
| Total | 100 | 100.00 |

Fuente. Encuestas aplicadas en los municipios de San Juan Nuevo y Tancitaro, Mich. Julio 2002.

GRÁFICA No. 10

Conocimiento sobre el funcionamiento del método que utilizan las mujeres de las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.



Fuente. Cuadro No. 10.

CUADRO No. 11

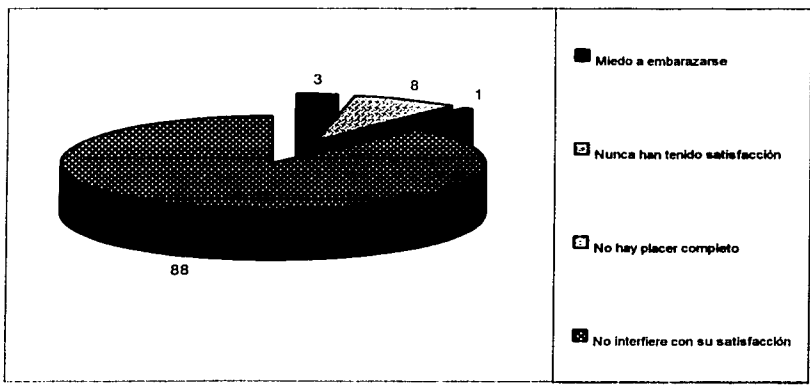
Motivos que interfieren con la satisfacción sexual en las parejas que utilizan métodos anticonceptivos naturales en las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.

| Motivo | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------------|------------|---------------|
| Miedo a embarazarse | 3 | 3.00 |
| Nunca han tenido satisfacción | 8 | 8.00 |
| No hay placer completo | 1 | 1.00 |
| No interfiere con su satisfacción | 88 | 88.00 |
| Total | 100 | 100.00 |

Fuente. Encuestas aplicadas en los municipios de San Juan Nuevo y Tancitaro, Mich. Julio 2002.

GRÁFICA No. 11

Motivos que interfieren con la satisfacción sexual en las parejas que utilizan métodos anticonceptivos naturales en las unidades móviles Milpillas y Barranquillas de la Jurisdicción No. 5 del estado de Michoacán.



Fuente. Cuadro No. 11.

3. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Las conclusiones que a continuación se presentan son resultado de la información obtenida de la aplicación de 100 encuestas realizadas.

Es importante mencionar que en las unidades estudiadas la tercera parte de la población femenina se encuentra en edad fértil.

Por otra parte aunque no existía una gran demanda en el programa de planificación familiar en estas unidades, existían otras alternativas de anticoncepción que las mujeres utilizaban y que les han resultado efectivas, ejemplo de ello son los anticonceptivos naturales.

De las mujeres que se estudiaron y llevaban acabo la anticoncepción natural el mayor índice se encuentra en las edades de 21 a 35 años. Con esto nos damos cuenta que las mujeres realmente toman conciencia de su salud reproductiva y de los riesgos que implican los embarazos frecuentes y a edades extremas. Durante el servicio social se pudo observar en las mujeres que a mayor edad se contaba con una paridad satisfecha, lo que las llevaba a una opción definitiva de planificación familiar.

Como es sabido, los métodos naturales evitan el embarazo planificando el acto sexual de acuerdo con los períodos fértiles e infértiles de la mujer. En este estudio se encontró que el anticonceptivo natural más utilizado es el coito interrumpido, esto por la facilidad que ofrece al usarlo, ya que no implica un control estricto en los períodos fértiles de la mujer y así también tener el control de decidir el momento de llevar acabo la procreación.

En lo que se refiere al grado de efectividad de los anticonceptivos naturales de las mujeres en estudio este es del 100%. Esto debido a que todas ellas llevaban utilizando su anticonceptivo actual como mínimo un año y el índice de natalidad en ellas no era elevado, ya que más del 50% tienen de 0 a 4 hijos. Así también el periodo intergenésico en la gran mayoría es de 1 a 4 años. Por consiguiente los anticonceptivos naturales en estas mujeres sí son efectivos respondiendo así a uno de los objetivos planteados.

En este estudio se identificaron factores que llegan o no a influir en el uso de anticonceptivos naturales encontrando los siguientes:

En cuanto a la religión ésta no influye en el momento de elegir la manera de planificar, ya que a pesar de respetar sus creencias la decisión la toma la pareja. De la misma manera se encontró que en algunas personas si es un factor que condiciona el uso de anticonceptivos naturales.

En cuanto al nivel de estudios se encontró que las mujeres no cuentan con una educación básica, lo que llega a influir en el uso de anticonceptivos naturales, ya que en la práctica se observó que son de más fácil manejo para ellas, aunque la gran mayoría no conozca su funcionamiento real.

En lo que se refiere a lo económico, se encontró que los salarios son muy bajos lo que lleva a querer planificar la familia, pero no con un método artificial, ya que si en algún momento llegara a emigrar el hombre la mujer no encuentra un motivo para seguir utilizando el anticonceptivo lo que lleva a la desertión de este, por lo que se puede decir que lo económico si influye en el uso de anticonceptivos naturales.

La influencia de la familia de acuerdo a los resultados encontrados no influye en el momento de tomar una decisión en la forma de planificar, a pesar de que se observó en la práctica que una gran mayoría de las familias comparten con otras su hogar. Referente a la toma de decisiones dentro del núcleo familiar se encontró que el jefe de familia es quien toma las decisiones continuando así en estas comunidades el modelo patriarcal.

Por otra parte la mayoría de las mujeres no han utilizado anticonceptivos artificiales esto debido al temor al daño que puedan causarle a su organismo no siendo este el único motivo y las que si han llegado a usarlos los abandonan principalmente por los efectos colaterales, lo que condiciona el uso de anticonceptivos naturales.

Finalmente se preguntó a las mujeres en estudio si el usar anticonceptivos naturales inflúa en su satisfacción sexual, encontrando que la mayoría refirió que no, sin embargo aunque el marco teórico menciona que el uso de estos anticonceptivos limitan las relaciones sexuales y les resta espontaneidad

ocasionando insatisfacción sexual con estos resultados se pudo observar lo contrario.

De esta manera podemos concluir que los anticonceptivos naturales pueden llegar a ser efectivos siempre y cuando sean utilizados de manera correcta, así también durante la realización de este trabajo se encontraron factores que llegan a influir en el uso de éstos, y al mismo tiempo pueden condicionar el uso de dichos anticonceptivos.

4. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

LOCAL

- Brindar información a las auxiliares de salud de cada comunidad sobre anticoncepción natural, y concientizarlas sobre la importancia de la planificación familiar.
- Realizar pláticas de educación sexual en las instituciones educativas.
- Mantener una estrecha comunicación entre el personal de salud (médico, enfermera, técnico polivalente) en el programa de planificación familiar.
- Concientizar a la población en general sobre los roles que desempeña el hombre y la mujer en la familia en el momento de la toma de decisiones.
- Identificar a las usuarias de anticonceptivos naturales y reforzar los conocimientos que tengan para aumentar la efectividad.
- Orientar e informar a las mujeres con vida sexual activa los sitios y personas donde puede recibir información sobre planificación familiar y sus métodos anticonceptivos.
- Fomentar la participación activa del hombre realizando acciones educativas específicas dirigidas a éste, para lograr una aceptación de la planificación familiar.

Es importante señalar que la gran mayoría de estas actividades las realiza el pasante de la Lic. en Enfermería y Obstetricia.

JURISDICCIONAL

- Brindar capacitación en anticoncepción natural al equipo de las unidades de salud, así como a auxiliares de salud y parteras.
- Respetar las creencias y costumbres de las mujeres en el momento de la elección del anticonceptivo y no solo se vea a la persona como una alternativa para cumplir una meta.

ESTATAL

- Considerar dentro del programa de planificación familiar la anticoncepción natural como una alternativa más para aumentar el índice de usuarias de dicho programa.
- Proveer periódicamente anticonceptivos artificiales a las usuarias activas para evitar el cambio de método, de no ser posible esto promover la anticoncepción natural como una alternativa para no disminuir el índice de usuarias en el programa de planificación familiar.
- Realizar más estudios para observar el impacto que se tiene en cuanto a costo-beneficio.

5. ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**SERVICIOS DE SALUD DE MICHOACÁN
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA**

Este cuestionario es aplicado únicamente con fines de investigación, relacionado con la efectividad de los métodos anticonceptivos naturales y los factores que condicionan su uso. De tal manera esta información es confidencial y por lo anterior agradecemos su colaboración y veracidad en las respuestas.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Comunidad: _____

Fecha: _____

Edad: _____

Instrucciones.

Marque con una X la respuesta correcta o conteste brevemente según sea el caso de cada pregunta.

1. ¿Qué tipo de método utiliza actualmente?

a) Ritmo b) Billings c) Temperatura basal

d) Coito interrumpido e) Otros: _____

2. ¿Ha utilizado algún método artificial?

SI NO

3. ¿Porqué dejó de utilizarlo?

4. ¿Cuánto tiempo lleva utilizando el método actual?

a) 1-3 años b) 4-6 años c) 7-9 años d) 10 y más

5. ¿Cuántos hijos ha tenido?

a) 0-2 b) 3-4 c) 5-6 d) 7-8 e) 9-10 f) 11 y más

6. ¿Cuántos años se llevan sus hijos entre sí?

7. ¿Influyó su religión en la decisión sobre el uso del método actual?

SI NO

¿Porqué? _____

8. Grado de estudio

a) Analfabeta b) Sabe leer y escribir c) Primaria incompleta

d) Primaria completa e) Secundaria incompleta

f) Secundaria completa g) Bachillerato

Otros: _____

9. ¿A qué se dedica

usted? _____

10. ¿A qué se dedica su esposo? _____

11. ¿Cuál es el ingreso semanal en su hogar? _____

12. ¿Su familia ha influido en la decisión del uso de su método actual?

SI NO

¿Porqué? _____

13. ¿Quién toma las decisiones importantes en su familia?

a) Usted b) Su esposo c) Ambos d) Otros.

Especifique _____

14. ¿Conoce cómo funciona el método que está utilizando actualmente?

SI NO

Dé una breve explicación.

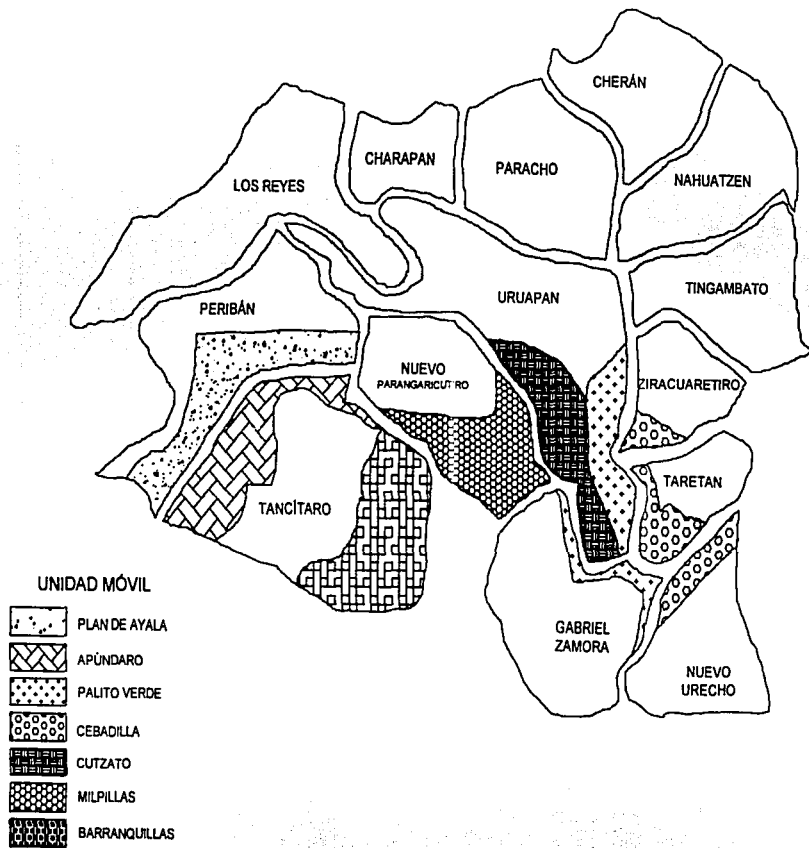
15. ¿El método anticonceptivo que utiliza actualmente interfiere con su satisfacción sexual?

SI NO

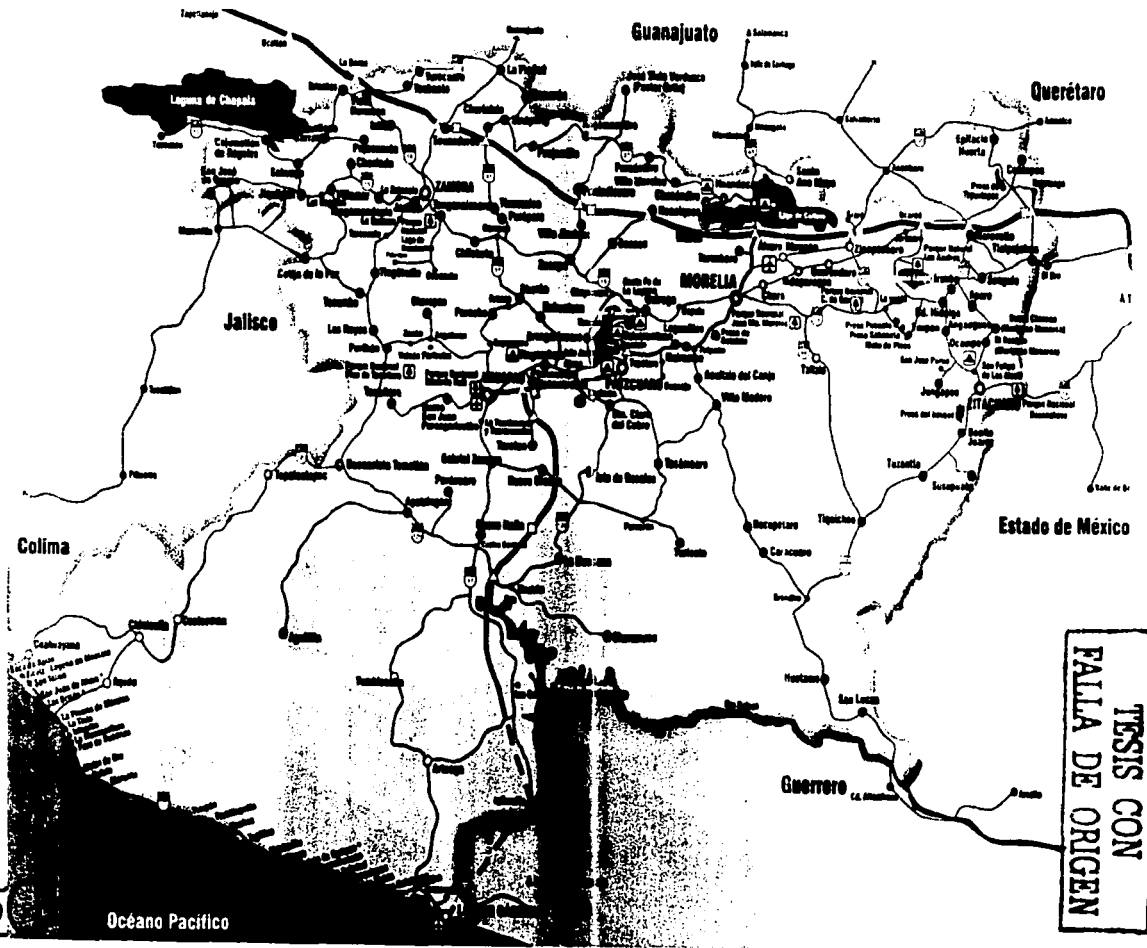
¿Porqué? _____

JURISDICCIÓN SANITARIA No. 5

ZONAS DE RESPONSABILIDAD DE SALUD RURAL POR MUNICIPIO



TESIS CON
FALTA DE ORIGEN



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6. GLOSARIO

GLOSARIO

ADOLESCENCIA. Período entre la pubertad y la finalización del crecimiento físico, aproximadamente de 11 a 19 años.

ANTICONCEPCIÓN. Proceso o técnica utilizado para evitar el embarazo por métodos farmacológicos, instrumentales o que alteran o bloquean uno o más de los procesos reproductivos, de manera que la unión sexual no tenga como consecuencia la fecundación.

COERCIÓN. Contener, reprimir, sujetar, restringir.

CREENCIAS. Firme asentimiento y conformidad con alguna cosa.

DETUMESCENCIA. Remisión de una congestión y una tumefacción.

EDAD FÉRTIL O REPRODUCTIVA. Etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.

ESTERILIDAD. La incapacidad que presente un individuo, hombre o mujer o ambos integrantes de la pareja, en edad fértil, para lograr un embarazo por medios naturales, después de un período mínimo de doce meses de exposición regular al coito, sin uso de métodos anticonceptivos.

FERTILIDAD. Capacidad para concebir o inducir la concepción.

HOLÍSTICA. Procedimiento, técnica o enfoque múltiple totalizador sobre una cuestión.

INFERTILIDAD. La incapacidad de la pareja o del individuo (mujer) para poder llevar a término la gestación con un producto vivo, después de dos años de exposición regular al coito, sin uso de métodos anticonceptivos.

MIOTONÍA. Distonía con aumento de la irritabilidad y contractilidad muscular y disminución del poder de relajación.

MORBILIDAD. Tasa de enfermedad; relación entre personas sanas y enfermas de una comunidad.

MORTALIDAD. Proporción de muertes que ocurren en relación con las muertes esperadas.

REPRODUCCIÓN. Reproducción por fusión de una célula sexual femenina con una célula sexual masculina o por desarrollo de un huevo fecundado.

NATALIDAD. Tasa de nacimientos.

NORMAS. Regla de conducta observancia obligatoria.

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.

SEXUALIDAD. Conjunto de condiciones y rasgos anatómicos, fisiológicos y psicológicos que caracterizan a cada sexo.

USUARIO. Persona que utiliza una método anticonceptivo temporal o le ha sido practicado alguno de los métodos anticonceptivos permanentes.

BIBLIOGRAFÍA

Baez López, Luz María. *DIAGNÓSTICO DE SALUD DE TANCÍTARO, MICH.* 2002, pp 65.

Beischer Norman, A. *OBSTETRICIA Y NEONATOLOGÍA.* 3ª ed. México D.F. Ed. McGraw-Hill Interamericana 1997, pp855.

Billings, John. *MÉTODO DE LA OVULACIÓN.* 15ª ed. México D.F. Ed. Ediciones Paulinas S.A. 1984, pp35.

Botero Uribe, Jaime, et al. *OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.* 6ª ed. Colombia, Ed. Botero, Jubiz. Henaa 1999, pp670.

Burroughs, Arlene. *ENFERMERÍA MATERNOINFANTIL.* 7ª ed. México D.F. Ed. McGraw-Hill Interamericana 2000, pp613.

Calaf Alsina, Joaquín. *MANUAL BÁSICO DE CONTRACEPCIÓN.* 2ª ed. España, Ed. Masson 1997, pp196.

Dirección General de Salud Reproductiva. *EL DERECHO A LA LIBRE DECISIÓN.* México D.F. 2000, Ed. SSA, pp 140.

Dirección General de Planificación Familiar. *SUPERVISIÓN Y ADIESTRAMIENTO.* Ed. Subsecretaría de servicios de salud (SSA). México 1994, pp223.

Dortland. *DICCIONARIO MÉDICO DE BOLSILLO.* 25ª ed. Editorial McGraw-Hill Interamericana 1998, México D.F., pp771.

Escalona Morales, María del Pilar y Beatriz Reyes Araiza. *INFLUENCIA DE LOS FACTORES RELIGIOSOS, CULTURALES Y EDUCACIONALES EN LA ACEPTACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LA PRÁCTICA ANTICONCEPTIVA EN LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE LAS COMUNIDADES RURALES EN LOS MÓDULOS TARIMBARO Y CUITZEO DEL ESTADO DE MICHOACÁN.* México D.F. 1995, pp103.

Gómez Jara, Francisco A. *SOCIOLOGÍA.* 33ª ed. Editorial Porrúa, México 2001, pp501.

González Reina, Susana. *MANUAL DE REDACCIÓN DE INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL.* 3ª ed. México D.F. Ed. Trillas 1984, pp204.

Hatcher, Robert A. et al. *LO ESENCIAL DE LA TECNOLOGÍA ANTICONCEPTIVA.* México D.F. Ed. Editor de Population Report 1999, pp150.

Hayman, Suzie. *GUÍA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS*. Buenos Aires, Ed. Paidós 1995, pp136.

Horton, Paul B. Y Cherter Hunt L. *SOCIOLOGÍA*. 6ª ed. Editorial Interamericana. México 1992, pp606.

Jurisdicción Sanitaria No. 5 *SISTEMA DE INFORMACIÓN BÁSICA*. Uruapan, Mich. 2002, pp 150.

Jurisdicción Sanitaria No. 5 *ROTAFOLIO DE EVALUACIÓN MENSUAL JURISDICCIONAL*. Uruapan, Michoacán 2002.

López Cruz, Rosalba. *DIAGNÓSTICO DE SALUD DE NUEVO PARANGARICUTIRO, MICH. 2002*, pp58.

Manisoff, Miriam T. *ENSEÑANZA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR*. 3ªed. México D.F. Ed. McGraw-Hill Interamericana 1976 pp 70.

Méndez Oteo, Francisco. *ASPECTOS PRÁCTICOS DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR*. 3ª ed. Editorial Librería de medicina 1988, pp247.

Méndez Ramírez, Ignacio, et al . *EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN*. México D.F. Ed. Trillas 1984, pp210.

Miranda, Francisco. *URUAPAN MONOGRAFÍA MUNICIPAL*. 2ª ed. Uruapan Mich. Ed. Presidencia Municipal 1999, pp343.

Mohammad Naghi, Namakforoosh. *ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR*. México D.F. Ed. Limusa 1984, pp331.

Mondragón Castro, Hector. *GINECOLOGÍA BÁSICA ILUSTRADA*. México D.F. Ed. Trillas 1997, pp560.

Ochoa, Anabel. *DESNUDARSE*. México D.F. Ed. Celadón 2000, pp72.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). *SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA*. Ed. OPS 1995, pp36.

Reeder Sharon J. et al. *ENFERMERÍA MATERNOINFANTIL*. 17ª ed. México, Ed. McGraw-Hill Interamericana 1995, pp 1421.

Ruíz Velazco, Víctor. *ASPECTOS PRÁCTICOS DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR*. 3ª ed. México D. F. Ed. Librería de medicina 1988, pp247.

Sánchez Ascona, Jorge. *FAMILIA Y SOCIEDAD*. 3ª ed. México D.F. Ed. Cuadernos de Joaquín Martiz 1984, pp98.

Santamaría, Dionisio y Guillermo Gibbons. *RESPONSABILIDAD EN LA TRANSMISIÓN DE LA VIDA*. 7ª ed. México D.F. Ed. Paulinas S. A. 1992, pp105.

Secretaría de Salud. *NORMA OFICIAL MEXICANA DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (NOM)*. México 1993, Ed. SSA, pp66.

Secretaría de Salud de Michoacán. *PROGRAMA DE SALUD RURAL 2002*. Ed. SSA.

Secretaría de Salud de Michoacán. *PAQUETE BÁSICO DE SERVICIOS DE SALUD 1999*. Ed. SSA, pp16.

Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Planificación Familiar. *SUPERVISIÓN Y ADIESTRAMIENTO EN SERVICIO*. México 1994, pp 223.

Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Planificación Familiar. *MEMORIA DE LA REUNION SOBRE AVANCES Y PERSPECTIVAS DE LA INVESTIGACION SOCIAL EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR*. México 1988, pp222.

Tortora Gerard, J. Y Nicholas P. *PRINCIPIOS DE ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA*. 6ª ed. México D.F. Ed. Haría 1993, pp1206.

Trias de Bes, Dexeus Forroll Turró. *ANTICONCEPCIÓN*. 2ª ed. Barcelona España, Ed. Salvat 1989, pp233.