

6
2 cjc.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

TESIS GRUPAL

FACTORES SOCIOCULTURALES Y BIOLOGICOS QUE INFLUYEN EN LA DETERMINACION DEL PERIODO INTERGENESICO, EN MUJERES DEL MODULO DE ZACAPU, JURISDICCION No. 4 PATZCUARO, MICHOACAN.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA PRESENTAN :
ALVARADO HERNANDEZ MARIA DEL ROCIO
RIVAS TRUJANO JASBEL IRAIS

ASESORIA: PROFESOR. L.E.O. EZEQUIEL CANELA NUÑEZ.



MEXICO, D. F.

1998.

267/99

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

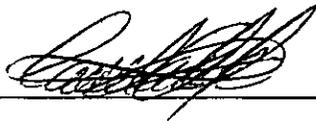


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Vo.Bo.

PROFESOR: EZEQUIEL CANELA NUÑEZ
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social

AGRADECIMIENTO

Al Profesor Ezequiel Canela Nuñez

Gracias por habernos brindado un poco de su tiempo al asesorar este trabajo; ya que la aportación de sus conocimientos y la confianza que deposito en nosotras hizo posible la realización de este trabajo.

Jasbel y Rocio

AGRADECIMIENTOS

A Dios :

Por ser la luz que ilumino mi camino,
y me dio las fuerzas necesarias para
seguir adelante.

A mi madre: Maria del Carmen (+)

Porque se, que donde quiera que te encuentres
Esta compartiendo conmigo este momento
de felicidad.

A mi tia : Tere

Porque gracias a su esfuerzo y apoyo incondicional ,
logre terminar un objetivo más en mi vida.
Gracias por tu cariño y comprensión

A mi tio : José Luis

Porque de alguna manera, me motivara
Para mejorar positivamente.

A mis amigas :

Maribel, Gaby y Jasbel
Por haber estado conmigo durante
Mi formación profesional

Maria del Rocio

AGRADECIMIENTOS

A mis Padres y Hermanas

Un sincero agradecimiento por el apoyo incondicional económico, moral y físico que siempre me brindaron a lo largo de mi carrera, ya que sin su ayuda y confianza no habría sido posible llegar a la culminación de mi profesión. Gracias y que Dios los Bendiga.

A las personas de las comunidades del módulo de Zacapu les agradezco el habernos permitido aplicarles las encuestas para la realización de este trabajo .

A la Dra. Araceli García por habernos brindado las facilidades, así como su apoyo y su valioso tiempo para con nosotros.

Y a nosotras mil gracias por haber respondido a la confianza y apoyo otorgado por familiares, Amigos, Profesores y la E.N.E.O.

Jasbel

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN
JUSTIFICACIÓN
OBJETIVOS
METODOLOGIA
VARIABLES

I. MARCO TEÓRICO	1
1.1 Estrategia de extensión de cobertura	1
1.2 Concepto	1
1.3 Módulo	1
1.4 Auxiliar de salud	2
1.5 Módulo de Zacapu	2
1.5.1 Características de las comunidades	3
1.5.2 Principales indicadores de salud	5
1.6 Factores de riesgo durante el embarazo	5
1.6.1 Concepto de embarazo	5
1.6.2 Concepto de riesgo	5
1.6.2.1 Factores biológicos	5
1.6.2.1.1 Edad materna	5
1.6.2.1.2 Gestas	6
1.6.2.1.3 Partos	6
1.6.2.1.4 Aborto	7
1.6.2.1.5 Cesárea	7
1.6.2.1.6 Intervalo intergenésico	8
1.6.2.1.7 Métodos anticonceptivos	8
1.6.2.2 Factores socioculturales	17
1.6.2.2.1 Escolaridad	18
1.6.2.2.3 Situación económica	18
1.6.2.2.4 Estado civil	19
1.6.2.2.5 Dinámica Familiar	19
1.6.2.2.6 Valor de los hijos	22
1.6.2.2.7 Rol social de la mujer	23
1.6.2.2.8 Mitos sobre la mujer	24
1.7 Importancia de los conocimientos y uso de los métodos anticonceptivos para la salud materna	26
2. RESULTADOS	27

3. CONCLUSIONES 65
4. ACCIONES DE LOS LICENCIADOS EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA 69
5. ANEXOS
 - 5.1 Cuestionarios
 - 5.2 Croquis de las comunidades

GLOSARIO
BIBLIOGRAFÍA

INDICE DE CUADROS

Cuadro No.	Título	Pág.
1	Edad materna y su relación con el período intergenésico.	40
2	La escolaridad y la relación que existe con el período intergenésico.	41
3	La ocupación de las mujeres del módulo de Zacapu, Michoacán y su relación con el período intergenésico.	43
3 Bis	La ocupación de los esposos de las mujeres del módulo de Zacapu, Michoacán y su relación con el período intergenésico.	42
4	Ingreso económico semanal de las familias, y su relación con el período intergenésico.	44
5	Estado civil de las mujeres del módulo de Zacapu y su relación con el período intergenésico.	45
6	Estabilidad de la pareja, relacionado con el período intergenésico.	46
7	Valor que les dan las mujeres del módulo de Zacapu a sus hijos y su relación con el período intergenésico.	47
8	Importancia que les dan las mujeres al sexo de sus hijos, ya sea masculino o femenino, y su relación con el período intergenésico.	48
9	Preferencia del sexo masculino o femenino de los hijos de mujeres del módulo de Zacapu, y su relación con el período intergenésico.	49
10	Familiares con los que habitan las mujeres del módulo y su relación con el período intergenésico.	50
11	Conocimientos que tienen las mujeres del módulo sobre los métodos anticonceptivos y su relación con el período intergenésico.	51
12	Métodos anticonceptivos usados actualmente por las mujeres del módulo y su relación con el período intergenésico.	52
13	Religión de las mujeres del módulo y su relación con el período intergenésico.	53
14	Interferencia de la religión con el uso de métodos anticonceptivos y su relación con el período intergenésico de las mujeres del módulo de Zacapu.	54
15	Respuesta de las mujeres con respecto a quién toma la decisión de tener los hijos y su relación con el período intergenésico.	55
16	Motivos por los que se embarazan las mujeres del módulo de Zacapu y su relación con el período intergenésico.	56
17	Influencia de los comentarios en la decisión para tener hijos y la relación que existe con el período intergenésico.	57
18	Valor que tienen los padres al tener hijos y la relación que existe con el período intergenésico.	58

Cuadro No	Título	Pág.
19	Número de embarazos que han tenido las mujeres del módulo de Zacapu, Michoacán y la relación que existe con el período intergenésico.	59
20	Opiniones que tienen las mujeres del módulo de Zacapu, Michoacán sobre el intervalo intergenésico y la relación que existe con el mismo.	60
21	Número de partos que han tenido las mujeres del módulo de Zacapu y su relación con el período intergenésico.	61
22	Número de cesáreas que han tenido las mujeres del módulo de Zacapu y la relación con el período intergenésico.	62
23	Número de abortos que han tenido las mujeres del módulo de Zacapu, Michoacán, y la relación que existe con el período intergenésico.	63
24	Número de hijos que tienen actualmente las señoras y su relación con el período intergenésico.	64

TEMA

Factores socioculturales y biológicos que influyen en la determinación del período intergenésico, en mujeres del Módulo de Zacapu, Jurisdicción no. 4 Pátzcuaro, Michoacán.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores socioculturales y biológicos que más influyen en la determinación del período intergenésico en las mujeres del módulo de Zacapu, Michoacán?

INTRODUCCIÓN

El Servicio Social se llevó a cabo en el módulo de Zacapu, Michoacán, el cual está integrado por diez comunidades rurales de población dispersa que se caracteriza entre otros factores, por tener una población de 500 a 2500 habitantes, donde existen barreras culturales manifestadas por creencias, mitos y costumbres, así como el desarrollo de actividades propias de su región y la falta de fuentes de trabajo, la escasez de vías de comunicación y transportación idónea, por lo que estos factores repercuten en la oportunidad para brindarles los servicios de salud.

Una de las actividades como pasante en el servicio social es capacitar a la auxiliar de salud sobre los cuatro subsistemas básicos que son: Atención al menor de cinco años, embarazo, parto y puerperio, planificación familiar y actividades varias, así mismo brindar atención de primer nivel a la población, para lo cuál se realizan visitas domiciliarias, pudiéndose observar que con frecuencia las mujeres se embarazan a temprana edad, tienen muchos hijos en períodos intergenésicos cortos, lo que propicia problemas en la gestación. Esto despertó el interés por saber más a fondo cuales son los factores socioculturales y biológicos que más influyen en la determinación del periodo intergenésico de la población del módulo de Zacapu, por lo que se realizó una investigación bibliográfica para integrar el marco teórico en donde se abordan algunos de los siguientes temas: Estrategia de extensión de cobertura del módulo de Zacapu, factores de riesgo durante el embarazo, factores biológicos, factores socioculturales etc. Posteriormente se aplicaron encuestas en diez comunidades a mujeres en edad fértil de 20 a 45 años que se caracterizan por tener más de un embarazo, dichas encuestas fueron procesadas en cuadros, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

Con respecto a la edad materna y su relación con el periodo intergenésico, el grupo más afectado son las mujeres de 20 a 23 años ya que por cada tres mujeres que deja un periodo mayor a 19 meses hay cuatro que su periodo es menor a 18 meses.

Dentro de la escolaridad se observó que el grupo con mayor problemática son las analfabetas y las que cuentan con primaria incompleta, ya que de cada dos mujeres que su periodo es mayor a 19 meses hay una que tiene menos de 18 meses.

Con lo que respecta a los métodos anticonceptivos más utilizados por los usuarios son los hormonales orales e inyectables, sin embargo, el grupo más representativo en relación con el periodo intergenésico, son los que tienen vasectomía, ya que su periodo es de 12 a 18 meses. Así mismo las usuarias que se realizaron la OTB, ya que por cada dos mujeres que dejó un periodo mayor a 19 meses, hay una que tiene menos de 18 meses.

Se obtiene que uno de los motivos por los que se embarazan las mujeres del módulo, es por que no utilizan métodos anticonceptivos ya que de cada mujer que su intervalo intergenésico es mayor a 19 meses, hay una que su periodo es menor a 18 meses.

Se captó que las mujeres con más de diez embarazos son las más afectadas, ya que por cada mujer que deja un período intergenésico mayor a 19 meses, hay una que su período es menor a 18 meses.

Entre otros factores de riesgo para la mujer esta el aborto, detectándose que el rubro más afectado son las mujeres que han tenido de 3 a 4 abortos porque de cada mujer que su período intergenésico es mayor a 19 meses hay una que su período es menor a 18 meses.

Se considera que tal problemática se podría combatir a través de un conjunto de acciones por los Licenciados en Enfermería y Obstetricia, dentro de las que destacan:

- * Dar pláticas educativas a las mujeres en edad fértil sobre riesgo reproductivo, para evitar embarazos a temprana y avanzada edad.
- * Recurrir a los grupos del INEA para que asistan a las comunidades a dar clases a la población adulta que desee seguir estudiando.
- * Hacer promoción a las usuarias de planificación familiar sobre los métodos anticonceptivos, especialmente en el DIU, Vasectomía y Salpingoclasia.
- * Efectuar pláticas educativas sobre planificación familiar, para alargar el período intergenésico y evitar embarazos no deseados, haciendo énfasis en los grupos de edad más afectados.
- * Motivar a las auxiliares de salud para que brinden una mejor atención y realicen visitas domiciliarias, especialmente en el control prenatal, para detectar oportunamente complicaciones durante el mismo.

Este trabajo es importante para los Licenciados en Enfermería y Obstetricia, ya que da a conocer la problemática de salud de las comunidades, tratando de buscar e implementar estrategias para lograr la participación organizada de la población en la prevención y conservación de la salud, considerando los aspectos socioculturales y biológicos, así mismo nos ayuda a ampliar nuestros conocimientos en el campo de la investigación, sobre todo en el campo de la salud pública.

JUSTIFICACIÓN

Este trabajo se realizó con el fin de conocer a fondo los factores socioculturales y biológicos que afectan a las comunidades del módulo donde se realizó el Servicio Social, el cual se caracteriza por existir barreras culturales manifestadas por creencias, mitos y costumbres; la escasez de vías de comunicación y la falta de transportación idónea origina condiciones de difícil acceso a los servicios formales de salud y educación, originando que con frecuencia las mujeres se embaracen a temprana edad, las cuales tienen muchos hijos con periodos intergenésicos cortos lo que propicia problemas en la gestación.

Cabe mencionar que en el estado de Michoacán en el año de 1995 las cuatro principales causas de mortalidad materna fueron: las hemorragias del embarazo con una tasa de 0.60%, toxemia del embarazo con 0.45%, complicaciones del puerperio con 0.30% y aborto con 0.22% (tasa por diez mil nacidos vivos registrados).¹

Esto se debe a que cuando una mujer se embaraza teniendo factores de riesgo reproductivo, da origen a embarazos de riesgo elevado, siendo una de las causas de morbilidad materno-infantil y especialmente perinatal.

¹ Servicios Coordinados de Salud Pública en el estado de Michoacán, Boletín Estadístico, 1995, p.45

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL :

Analizar la influencia de los factores socioculturales y biológicos más frecuentes que influyen en la determinación del periodo intergestacional en mujeres del módulo de Zacapu, Michoacán.

OBJETIVOS ESPECIFICOS :

Saber hasta que grado influyen los factores socioculturales (pareja, familia, religión, mitos, escolaridad, ocupación, salario estado civil, conocimiento de métodos anticonceptivos, conceptualización sobre los hijos y conceptualización de la mujer) en el período intergenésico.

Establecer en que medida influyen los factores biológicos (edad, número de gestas, período intergenésico, partos, cesáreas, abortos, número de hijos vivos y uso de métodos anticonceptivos) en la determinación del período intergenésico.

Conocer los factores de riesgo más frecuentes de las mujeres del módulo de Zacapu, Michoacán, para plantear alternativas de solución que contribuyan a disminuir la morbimortalidad materno-infantil.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:	Retrospectivo, Descriptivo.
UNIVERSO:	Mujeres en edad fértil, del módulo de Zacapu, Michoacán que se caracterizaron por tener más de un embarazo.
MUESTRA:	140 mujeres que equivale al 50% del universo.
SELECCIÓN DE LA MUESTRA:	Al azar
CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	Mujeres en edad fértil con más de un embarazo.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	Mujeres en edad fértil que tuvieron como antecedente cero embarazos o un embarazo. Mujeres que se negaron a contestar el cuestionario. Mujeres que tuvieron alguna enfermedad que impidió la aplicación del cuestionario.
CAPTACION DE INFORMACIÓN:	A través de una entrevista que fue captada en un cuestionario.
PROCESAMIENTO DE DATOS:	Por medio de tarjetas, pavoteo y cuadros de concentración.
PRESENTACIÓN DE DATOS:	Por medio de cuadros y gráficas.
ANALISIS:	Se realizó a través de la confrontación del marco teórico referencial, datos obtenidos y la observación del fenómeno.
INTEGRACION DEL MARCO TEORICO:	Se revisaron fuentes bibliográficas y se captó la información en tarjetas de trabajo.

VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES	INDICADORES
Escolaridad	<ul style="list-style-type: none">* Primaria completa* Primaria incompleta* Secundaria completa* Secundaria incompleta* Analfabeta* Otro, especifique
Ocupación	<ul style="list-style-type: none">* Hogar* Campo* Obrero* Profesionista* Otro, especifique
Salario semanal	<ul style="list-style-type: none">* 100 a 200 pesos* 201 a 300 pesos* 301 a 400 pesos* 401 a más
Estado civil	<ul style="list-style-type: none">* Casado* Unión libre* Divorciado* Viuda* Otro, especifique
Estabilidad de la pareja	<ul style="list-style-type: none">* Inestable* Armonía* Otro, especifique
Valor de los hijos	<ul style="list-style-type: none">* Fuerza de trabajo* Unión de la pareja* Como parte de la familia* Otro, especifique
Convivencia con familiares	<ul style="list-style-type: none">* Padres* Suegros* Hermanos* Cuñados* Otro, especifique

VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES	INDICADORES
Conocimiento de métodos Anticonceptivos	* Si * No
Uso de métodos anticonceptivos	* Hormonales orales * Hormonales inyectables * D.I.U. * Preservativo * Método del ritmo * Vasectomía * O.T.B. * Otro especifique
Religiòn	* Católica * Protestante * Testigo de Jehòva * Evangélica * Otra, especifique
Mitos sobre la mujer	* Rumores * Creencias * Costumbres
Edad materna	* 15 a 25 años * 26 a 35 años * 36 a 45 años
No. de gestas	* 2 a 4 gestas * 5 a 7 gestas * 8 a 10 gestas * más de 10 gestas
Período intergenésico	* Menos de 6 meses * de 6 a 11 meses * de 12 a 18 meses * Más de 19 meses
No. de partos	* De 2 a 4 partos * De 5 a 7 partos * De 8 a 10 partos * Más de 10 partos

No. de cesáreas

- * Ninguna
- * Una
- * Dos
- * Tres
- * Otra especifique

No. de abortos

- * Ninguno
- * 1 a 2 abortos
- * 3 a 4 abortos
- * 5 y más

No. de hijos vivos

- * 2 a 4 hijos
- * 5 a 7 hijos
- * 8 a 10 hijos
- * Más de 10 hijos

1. MARCO TEORICO

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA.

1.2 Concepto:

La estrategia de extensión de cobertura se define como el conjunto de acciones para proporcionar servicios mínimos de salud y que se otorga a través de personal voluntario de la propia comunidad.

Los objetivos que persigue la estrategia de extensión de cobertura son: Proporcionar servicios de atención primaria de salud a la población rural. Lograr la participación de la comunidad en la satisfacción de sus necesidades de salud.

Para poder alcanzar estos objetivos y desarrollar las actividades de la estrategia de extensión de cobertura está organizada en los siguientes niveles operativos:

- * Central
- * Estatal
- * Jurisdiccional
- * Modular
- * Comunitario

Nivel central.- Este nivel esta representado por la dirección general de planificación familiar de la Secretaria de salud, es aquí donde se establecen lineamientos operativos así como la tramitación administrativa de los recursos que apoyan las actividades en las entidades federativas del país, además de establecer la coordinación nacional con las diferentes instituciones involucradas en la estrategia de extensión de cobertura.

Nivel estatal.- A este nivel le corresponde verificar el cumplimiento de los lineamientos operativos, la adecuada utilización de los recursos proporcionados por el nivel central para la operatividad de la estrategia de extensión de cobertura en el estado. Para cumplir estas actividades el estado cuenta con personal específico responsable.

Nivel jurisdiccional.- Este nivel se responsabiliza de la coordinación operativa de los módulos, aquí se cuenta con la participación de un coordinador médico jurisdiccional con la función de coordinar, apoyar y asesorar en las actividades de las supervisoras de auxiliares de salud y de las auxiliares de salud de la estrategia de extensión de cobertura.

Nivel modular.- Es el nivel operativo intermedio que establece el enlace entre la comunidad y los servicios institucionales de salud. Un módulo está constituido por aproximadamente 10 comunidades y su sede esta ubicada en el centro de salud más cercano o intermedio a las comunidades que lo integran, al cual se le denomina cabecera de módulo es aquí donde se encuentra ubicada la supervisora de auxiliares de salud (enfermera general

o auxiliar de enfermería) cuyas funciones son las de supervisar, capacitar, adiestrar y apoyar a la auxiliar de salud en las actividades de la estrategia de extensión de cobertura.

Nivel comunitario.- Es el nivel aplicativo esencialmente y corresponde a las comunidades menores de 2500 habitantes es aquí donde se fundamentan las acciones de la estrategia de extensión de cobertura a través de las auxiliares de salud.

1.4 AUXILIARES DE SALUD.

Son personas seleccionadas por la propia comunidad, generalmente en asambleas convocadas por líderes y autoridades, representa la base de los servicios de atención primaria de salud que se proporcionan a la población rural dispersa.

Para facilitar el desarrollo de sus actividades, reciben un curso de capacitación en planificación familiar y atención materno infantil, además de contar continuamente con el apoyo técnico y asesoría de la supervisora de auxiliares de salud y del coordinador médico jurisdiccional.¹

1.5 MODULO DE ZACAPU.

- Zacapu: Significa en lengua chichimeca "Lugar de piedra" fundada en 1548 por el franciscano Fray Jacobo Daciano.
- La ciudad de Zacapu limita al norte con Tlazazalca, Penjamillo, Panindicuaro y Villa Jiménez, al sur con los municipios de Cherán, Nahuatzen y Erongaricuaro, al oriente con Chilchota y Purepero y al oeste con Coeneo.
- Extensión territorial: 569.011 Km².
- Clima: Templado y frío predominando este último.
- Orografía: Escasos lomeríos con alturas que fluctúan entre 1800 y 2400 metros sobre el nivel del mar, en sus inmediaciones se encuentra un volcán apagado con el cráter lleno de agua al que llaman "alberca de los espinos". La prominencia más elevada es la de Tucurhuata (el tecolote), que tiene una altura de 3005 metros.
- Hidrografía: El río ángulo, tiene su nacimiento en la laguna de Zacapu, donde toca a los municipios de Zacapu y Coeneo, cuenta además con los manantiales "La Zarcita, Morelos y el Manantial".
- Suelos y Vegetación: Existen dos tipos de suelo, el complejo de montaña (suelos negros ricos en humos) y el suelo cherozén (suelos ricos en humos y sales solubles). La

¹ Secretaría de Salud, Cuaderno Técnico de Planificación Familiar No. 12. La auxiliar de salud en la estrategia de extensión de cobertura. 1992, p.p. 13-14

vegetación más común es coníferas, como el pino, característico de este clima; bosque mixto, encino, etc.

- **Agricultura:** Dos son los principales cultivos que dan vida y riqueza a la región: Maíz y Trigo. Se cultiva además cebada, frijol, avena, haba, garbanzo, etc. Cuenta con tierras de riego y temporal. Las principales clases de árboles frutales que se encuentran son el durazno, chabacano, capulín, higo, manzana, granada, tejocote y algunos cítricos los cuales provienen de las huertas pequeñas que existen.
- **Ganadería:** Zacapu es considerado como uno de los principales centros productores de ganado; su cría no solo satisfacen las necesidades de los trabajos agrícolas, sino también como pie de negocio, puesto para ello cuentan con abundante pasto en sus montes y la fértil ciénega. Produce ganado vacuno, caballar, caprino, porcino, asnal, mular y lanar.
- **Apicultura:** La ciénega la favorece por lo que ha crecido la existencia de colmenares, donde se obtiene la miel que se exporta a varios estados de la república.
- **Comercio:** Las actividades comerciales son numerosas y se considera fuente principal de la vida del municipio.
- **Industria:** Cuenta con fábricas reconocidas mundialmente como Celanese Mexicana, S.A, Resinera, Industrias Químicas S.A., Esquimex, etc.
- **Educación:** Zacapu cuenta con jardín de niños, primarias, secundarias, preparatorias, profesiones a nivel técnico, centro de capacitación, enfermería y una unidad profesional incorporada a la Universidad Michoacana.
- **Comunicaciones:** Existen los servicios de ferrocarril (Pénjamo-Ajuno), vía aérea, teléfonos, correos, telégrafos nacionales, radio, cine, etc.
- **Carreteras:** Zacapu cuenta con gran influencia terrestre por encontrarse al paso de la carretera nacional No. 15, México-Guadalajara, ubicándose la ciudad de Zacapu en el Km 399, comunicando a las principales ciudades del norte, occidente, centro y sur de la República Mexicana. Para transportarse a los pueblos o rancherías circunvecinas se encuentran las vías Zacapu-Puruandiro, Zacapu-Coeneo, Zacapu-Caurio, Zacapu-Tarejero, Zacapu-Carapa, etc.²

1.5.1 Características de las comunidades.

El módulo Zacapu pertenece a la jurisdicción sanitaria No. 4, Pátzcuaro, Michoacán, está integrado por 10 comunidades de población rural dispersa, las cuales pertenecen a cuatro municipios que son:

² Presidencia Municipal de Zacapu, Mich., Administrativo, documentos varios, 1993

Zacapu: Franco Reyes
La Yesca
Las Cabras

Coeneo: Transvaal
Quencio
Puente el Mirador

Huaniqueo: Puente san Isidro
La Presa

Panindicuario: San Vicente
Los Alvarados.

- Estas comunidades se caracterizan por tener menos de 2 500 habitantes ; las casas están hechas de diferentes materiales que van desde el adobe, cemento, ladrillo, con techos de teja; cuentan con pocas habitaciones independientes a la cocina.
- Cuentan por lo menos con un kinder y una primaria por lo que la mayor parte de la población estudia únicamente la primaria, el que desea continuar con la secundaria se traslada al municipio más cercano.
- En todas las comunidades se cuenta con luz pública por lo que evitan riesgos para los habitantes de las comunidades.
- Abastecimiento de agua: En la mayoría de las comunidades se cuenta con agua potable, excepto la Yesca y las Cabras, por lo que tienen que comprar el agua a pipas, las cuales van a las comunidades tres veces por semana.
- Disposición de excretas: En las diez comunidades no se cuenta con drenaje por lo que en las poblaciones tienen letrinas o fosas sépticas, algunas de ellas en condiciones desfavorables; lo que propicia infecciones gastrointestinales.
- Recolección de basura: El servicio de recolección de basura no existe en las comunidades, por lo que la gente quema la basura; provocando con esto la contaminación del aire y del suelo.
- Establecimientos y comercios: En general se cuenta con tiendas, teniendo al alcance solo lo básico, así como también molino de nixtamal. Solo dos comunidades cuentan con caseta telefónica (Transvaal y Franco Reyes).
- En caso de que requieran un servicio que no está a su alcance, acuden al municipio más cercano.

1.5.2 Principales indicadores de salud.

Las enfermedades que se padecen dentro del municipio de Zacapu, Mich. son las siguientes:

- Infecciones respiratorias agudas
- Amigdalitis aguda
- Amibiasis
- Enfermedades diarreicas agudas
- Enfermedades de la piel
- Hipertensión
- Diabetes.³

1.6 FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO.

1.6.1 Concepto de embarazo:

El embarazo (gestación): Es el estado materno que consiste en llevar un feto en desarrollo dentro del cuerpo.⁴

1.6.2 Concepto de riesgo:

Es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, muerte, etc.). El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad, la cual se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud o de otros servicios.

Factor de riesgo: Es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud.⁵

1.6.2.1 Factores biológicos

1.6.2.1.1 Edad materna: Existe el consenso, producto de diversos estudios realizados, sobre mortalidad materna y perinatal, de que el período ideal para la reproducción de la mujer es el comprendido entre los 20 y los 29 años, ya que de los 30 a los 34 años existe un ligero incremento del riesgo. En particular las que se embarazan con menos de 20 años y de los 35 en adelante; están sometidas a mayores riesgos de la mortalidad referida, que obedecen a la mayor frecuencia de prestación de ciertas entidades o complicaciones como son las siguientes:

³ Presidencia Municipal de Zacapu, Michoacán.

⁴ BENSON, Ralph C. Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétrico; p. 163

⁵ Organización panamericana de la salud; Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil, p.p. 11-13

- Menores de 20 años: Incidencia aumentada de toxemia gravídica, prematuridad y síndrome de bajo peso al nacer.

- Mayores de 35 años: Incidencia aumentada de toxemia gravídica, distocias de contracción, inserciones o adherencias anormales de la placenta, defectos al nacimiento y enfermedades crónicas degenerativas del tipo de la diabetes y la hipertensión arterial independientemente de los eventos de carácter biológico citados, es frecuente que las mujeres de estos grupos de edad no acudan, con la frecuencia debida a consultas de cuidado prenatal, lo que añade un elemento de peligro para el pronóstico materno y perinatal.

1.6.2.1.2 Gestas: Es el número de embarazos el cual ha sido descrito como un factor de riesgo para la salud materna y perinatal, en virtud de que a partir de la quinta gestación se encuentra un aumento sensible de las tasas correspondientes de morbilidad y mortalidad.

Dicho aumento obedece a la mayor frecuencia de presentación de ciertas complicaciones obstétricas, entre las cuáles destacan:

- Distocias de contracción, que originan trabajos de parto prolongado y aumentan la probabilidad de ruptura uterina espontánea.

- Hemorragias anteparto y transparto, como consecuencia de mayor frecuencia de inserciones o adherencias anormales de la placenta.

- Hemorragias postparto, que son debidas con mayor frecuencia a cuadros de hipotonía o atonía uterina.

Entre otros problemas asociados con la multigravidez, debemos mencionar el efecto diabético de los embarazos numerosos, aparentemente condicionado por la producción de sustancias antagonistas de la insulina por la placenta y que puede ocasionar la aparición clínica de la enfermedad en las mujeres con carga genética propiciatoria.⁶

1.6.2.1.3 Partos: Acto por el cual el producto de la concepción se separa del útero materno.

Parto natural:

Es el episodio obstétrico durante el cual el producto de la concepción (feto y anexos, móvil del parto) recorre el canal pelvigenital (que ofrece resistencia a su paso) y sale al exterior mediante la acción de la actividad contráctil uterina (motor del parto).⁷

Los riesgos obstétricos incluyen parto prematuro o postmaturo; ruptura anticipada de las membranas, parto precipitado o de larga duración; placenta previa o desprendimiento prematuro de la misma, cesárea; prolapso del cordón umbilical; hipotensión materna durante el parto y uso de analgésicos, anestésicos, sedantes, amnésicos y otros fármacos.

⁶ Academia mexicana de investigación en demografía médica, Riesgo reproductivo 1, p.p.20,29
⁷ CASAVILLA, Florcencio. GUGLIELMONE, Pedro; Manual de obstetricia, p.136

El parto prematuro incrementa los riesgos del síndrome de insuficiencia respiratoria y de la enfermedad de la membrana hialina, ya que los pulmones todavía no están maduros y también es mayor el estrés a la adaptación de la vida extrauterina.

Parto precipitado o de larga duración. Impone una sobre carga funcional al producto, incrementa el riesgo de lesiones cerebrales como resultado de disminución súbita de la presión o de la larga duración del estrés que conllevan las contracciones uterinas que empujan la cabeza hacia el conducto del parto y los tejidos blandos.

Desprendimiento prematuro de placenta: Representa un grave riesgo de óbito fetal por virtud de falta de oxígeno. Al igual que los casos de placenta previa no diagnosticada.

Prolapso de cordón: Entraña un mayor riesgo de lesiones del sistema nervioso central (SNC), como resultado de hipoxia o anoxia.

Hipotensión materna durante el parto: Suele derivarse del síndrome de la vena cava inferior o de anestesia regional (en silla de montar raquídea, caudal o epidural) misma que con frecuencia disminuye el aporte de oxígeno al feto.

La mayor parte de los analgésicos, anestésicos y otros medicamentos cruzan la placenta y llegan al feto, y muchos de los que se emplean en el parto deprimen el SNC.⁸

1.6.2.1.4 Abortos: Los antecedentes de abortos previos en la historia reproductiva de una mujer se considera un factor de riesgo tanto como su tendencia a recurrir, por ser esta complicación una de las principales causas de muerte materna.

En el caso del aborto espontáneo el peligro de recurrencia es especialmente patente del tercero en adelante y causa morbimortalidad materna principalmente por hemorragias graves, además de que ha sido asociado con muerte fetal temprana.

Por su parte, el aborto inducido, también tiende a repetirse en aquellas mujeres que lo emplean como recurso para limitar el tamaño de la familia y es especialmente peligroso como causante de morbimortalidad materna, debido a la alta frecuencia y gravedad de las complicaciones infecciosas que lo acompañan, principalmente por las condiciones antihigiénicas frecuentes en la práctica clandestina del aborto, a lo cual deben agregarse los problemas de incompetencia ístmico cervical resultante de una instrumentación agresiva en la dilatación del cérvix.

Finalmente, ambos tipos de aborto pueden dar origen a infertilidad secundaria, en el primer caso por muerte fetal repetida y en el segundo por aborto habitual.

1.6.2.1.5 Cesáreas: Es un factor de riesgo cuya importancia mundial va en aumento, debido a que se ha incrementado la proporción de embarazos que terminan por vía abdominal a fin de preservar el bienestar del producto.

⁸ WATSON HAWKINS, Joellen, Enfermería ginecológica y obstetricia, p.p.438-443

Si bién el aumento en el número de cesáreas que se práctica ha contribuido a reducir las tasas de mortalidad perinatal, no debe olvidarse que conlleva ciertos riesgos para un embarazo futuro. Por ejemplo, la existencia de una o más cicatrices uterinas anteriores, se asocia con una mayor frecuencia de inserción baja de placenta, acretismo placentario y lesiones viscerales accidentales causadas por el procedimiento quirúrgico en sí.

Por otra parte, existe una posibilidad variable pero definida, de ruptura de la cicatriz uterina al presentarse el trabajo de parto espontáneo. Si bién la intensidad de esta complicación puede ser mínima, no son raros los casos donde ocurre estallamiento del segmento y produce hemorragia intrabdominal masivo que compromete de inmediato la vida de la mujer.

1.6.2.1.6 Intervalo intergestacional: En términos generales se acepta que un intervalo intergenésico corto (período entre el último parto o resolución del embarazo y la siguiente concepción) constituye un factor de riesgo, especialmente cuando es menor de 18 meses.

Lo anterior obedece a que los espacios intergenésicos breves se acompañan de fenómenos de depleción o deterioro nutricional materno que a su vez, se asocia a un aumento de la probabilidad de originar productos prematuros o de bajo peso al nacer, así como a un incremento de la mortalidad posneonatal.

Este último aspecto se considera determinado por el llamado fenómeno de competencia, que aumenta el peligro de desnutrición a edades tempranas y reduce las posibilidades de supervivencia del hijo previo al ocurrir destete precoz y disminuir, por tanto, la duración de la lactancia materna.⁹

1.6.3 Métodos anticonceptivos.

Concepto: Son aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente.

Se dividen en dos grupos:

Métodos temporales

- * Hormonales orales
- * Hormonales inyectables
- * Dispositivo intrauterino (DIU)
- * Métodos de barrera
- * Método del ritmo

Métodos permanentes

- * Oclusión tubaria bilateral
- * Vasectomía

MÉTODOS TEMPORALES

⁹ Op cit Academia mexicana de investigación en demografía médica, p.p. 30-38

Hormonales orales

Son métodos temporales y se dividen en dos grupos:

- * Los combinados de estrógeno y progestina
- * Los que contienen solo progestina

Indicaciones.

Están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o múltiparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas en las siguientes circunstancias:

- * Antes del primer embarazo
- * En el intervalo intergenésico
- * En pos aborto inmediato
- * En pos aborto o por postcesárea, después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

Contraindicaciones.

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

Formas de administración.

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

* En las presentaciones de 21 tabletas se ingiere una tableta diaria durante 21 días consecutivos, seguidos de 7 días de descanso sin medicación. Los ciclos subsecuentes deben iniciarse al concluir los 7 días de descanso del ciclo previo independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

* En las presentaciones de 28 tabletas se ingiere una de éstas, que contienen hormonas, diariamente durante 21 días consecutivos, seguidos de 7 días durante los cuales se ingiere diariamente una tableta que contiene hierro o lactosa. Los ciclos subsecuentes se inician al concluir el previo, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

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

Los anticonceptivos hormonales orales que solo contienen progestina en su primer ciclo de tratamiento deben iniciarse preferentemente el primer día de la menstruación. Si el inicio se efectúa después del primero y antes del sexto día desde el inicio de la menstruación se deberá usar un método de barrera, como apoyo durante siete días. Se ingiere una tableta diaria ininterrumpidamente, incluso durante la menstruación.

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

Efectos colaterales.

Algunas mujeres pueden presentar:

- * Cefalea
- * Náuseas
- * Vómito
- * Mareos
- * Mastalgia
- * Cloasma
- * Manchado intermenstrual.

Conducta a seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo.

- * En caso de olvido de una tableta: tomar al día siguiente dos tabletas
- * En caso de olvido de dos tabletas consecutivas: ingerir dos tabletas durante los dos días siguientes y adicionar un método de barrera por siete días.
- * En caso de olvido de tres tabletas consecutivas, el método ya no es efectivo.

Hormonales inyectables.

Son métodos temporales de larga acción y se dividen en dos grupos:

- * Los combinados de estrógeno y progestina.
- * Los que contienen sólo progestina.
- * Las indicaciones y contraindicaciones son las mismas que las de los hormonales orales.

Forma de administración.

- * Los anticonceptivos hormonales combinados inyectables se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea.
- * La primera aplicación debe hacerse en cualesquiera de los primeros cinco días después de iniciada la menstruación. También puede iniciarse en cualquier momento, si se está razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada. Si el método se inicia después del quinto día del ciclo menstrual debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días después de la inyección. Las inyecciones subsiguientes deben aplicarse cada 30 +/- 3 días independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

- * En el posparto o poscesárea cuando la mujer no efectúa lactancia, la administración del hormonal combinado inyectable se puede iniciar después de la tercera semana. Después de un aborto se puede iniciar a las dos semanas.
- * Estos anticonceptivos deben suspenderse 45 días antes de una cirugía mayor y reiniciarse dos semanas después.
- * Los anticonceptivos hormonales inyectables que sólo contienen progestina se aplican en cualquiera de los primeros 7 días después del inicio del ciclo menstrual.
- * Las inyecciones subsecuentes de DMPA (acetato de medroxiprogesterona) deben aplicarse cada tres meses y la de NET - EN (enantato de noretisterona) cada dos meses independientemente de cuando se presente el sangrado.
- * En el posparto, cuando la mujer esté lactando, la aplicación de estos anticonceptivos debe efectuarse después de la sexta semana.
- * En posaborto, la primera aplicación puede efectuarse inmediatamente.

Efectos colaterales.

Algunas mujeres pueden presentar:

- * Irregularidades menstruales
- * Cefalea
- * Náuseas
- * Vómito
- * Mareo
- * Mastalgia
- * Incremento de peso corporal

Conducta a seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo.

- * Para asegurar la efectividad del método es indispensable que las inyecciones subsecuentes se apliquen con intervalo máximo de 33 días. No es recomendable aplicarlas antes de 27 días.
- * Si se omite la aplicación de la inyección en el período adecuado debe prescribirse métodos de barrera y diferir la inyección al siguiente ciclo menstrual.
- * La aplicación de la NET-EN puede efectuarse hasta dos semanas después de la fecha programada, sin necesidad de adicionar otro método.
- * La aplicación de DMPA puede efectuarse hasta cuatro semanas después de la fecha programada sin necesidad de adicionar otro método.¹⁰

• Dispositivo intrauterino.

Son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina, con fines anticonceptivos de carácter temporal.

Los dispositivos intrauterinos disponibles consisten en un cuerpo semejante a una "T" de polietileno flexible y contiene un principio activo o coadyuvante de cobre o de cobre y plata y tienen además hilos guía para su localización y extracción.

Indicaciones.

¹⁰ Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, p.p.22-36

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

- * Antes del primer embarazo.
- * En el intervalo intergenésico.
- * En el posparto, trans y post cesárea con o sin lactancia.
- * En el posaborto.

Contraindicaciones.

- * Embarazo o sospecha de embarazo.
- * Útero con histerometría menor a 6 cm.
- * Patología que deforme la cavidad uterina.
- * Carcinoma del cérvix o del cuerpo uterino.
- * Enfermedad inflamatoria pélvica activa.
- * Presencia de corioamnionitis.¹¹

Duración de la protección anticonceptiva.

La protección anticonceptiva que brinda los dispositivos varía de acuerdo con el principio activo coadyuvante que contengan. La duración de la efectividad anticonceptiva de los dispositivos tipo TCu 380 A y TCu 220 c es de 6 a 8 años y para los multiload 375 y 250 es de 5 a 3 años respectivamente.

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

Efectos colaterales.

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

- * Dolor pélvico durante el periodo menstrual
- * Aumento de la cantidad y duración del sangrado menstrual.
- * Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales.
- * Los efectos colaterales deben ser tratados. Si las molestias son más allá de 90 días, debe considerarse la posibilidad de reemplazar el DIU y si aún persistieran se debe retirar y seleccionar otro método anticonceptivo.

Una complicación inmediata que se puede presentar como accidente durante la inserción del DIU, es la perforación uterina, en este caso la usuaria debe ser referida de inmediato a la unidad hospitalaria para su atención.

Seguimiento de la usuaria.

¹¹ Op. cit. Secretaría de Salud, p.p.41

- * Las revisiones subsecuentes deben programarse, la primera entre la cuarta y la sexta semana posteriores a la inserción. La segunda revisión se debe efectuar a los seis meses a partir de la inserción y posteriormente cada año contando a partir de la fecha de aplicación del DIU o cuando la usuaria lo estime necesario.¹²

Métodos de barrera

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

• Condón o preservativo.

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

Indicaciones:

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

- * Como apoyo a otros métodos anticonceptivos,
- * En personas con actividad sexual esporádica,
- * Como apoyo durante las primeras 25 eyaculaciones posteriores a la realización de vasectomía,
- * Cuando además hay riesgo de exposición a enfermedades de transmisión sexual, incluyendo al SIDA.

Contraindicaciones:

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

Forma de uso:

- * Debe usarse un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y desde el inicio de coito.
- * Cada condón debe usarse solo una vez.
- * Debe verificarse la fecha de manufactura, la cual no deberá ser mayor a 5 años.
- * Se coloca en la punta del pene cuando esta en erección, desenrollando hasta llegar a la base del pene. Debe evitarse la formación de burbujas de aire.
- * Cuando el hombre no este circuncidado, debe retraer el prepucio hacia la base del pene antes de colocar el condón.
- * Posterior a la eyaculación se debe retirar el pene de la vagina cuando aún esté erecto, sostener el condón por la base del pene, para evitar que se derrame el semen o permanezca el condón en la cavidad vaginal.
- * Se anudará el preservativo antes de su depósito final en un basurero, evitando derramar el semen.

¹² Op. cit. Secretaría de Salud, p.p.46-47

- * En caso necesario, se emplearán únicamente lubricantes solubles en agua, nunca en aceite, para evitar la pérdida de efectividad del preservativo.

Efectos colaterales.

- * Intolerancia al látex o al espermicida.¹³

Método del ritmo o del calendario:

Es un método por medio del cual se evita el embarazo, planificando el acto sexual de acuerdo con los períodos fértiles e infértiles de la mujer.

Forma de uso:

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

Efectividad:

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

Indicaciones:

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

Contraindicaciones:

- Riesgo reproductivo elevado
- Mujeres con ciclos menstruales irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación
- Inhabilidad de la mujer para reconocer las características de su ciclo menstrual,
- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera¹⁴

MÉTODOS PERMANENTES

• Oclusión tubaria bilateral (O.T.B.)

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

¹³ Op. cit. Secretaría de Salud, p.p.53-54

¹⁴ Secretaría de Salud, p.p.56-58

Indicaciones.

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

- * Pariedad satisfecha
- * Razones médicas
- * Retraso mental.

Contraindicaciones:

- * Enfermedad inflamatoria pélvica activa.

Precauciones:

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

Lineamientos generales para la prescripción.

Por ser de carácter permanente este método en particular requiere de:

- * Un proceso amplio de consejería previa a su realización
- * Autorización escrita del consentimiento informado de la usuaria (firma o huella dactilar) o de su representante legal.
- * Valoración del riesgo quirúrgico y cuando proceda del riesgo anestésico.
- * La oclusión tubaria bilateral debe efectuarse por personal médico debidamente capacitado para su realización.
- * El procedimiento puede efectuarse en cualquier día del ciclo menstrual, cuando se esté razonablemente seguro de que no haya embarazo.
- * El procedimiento puede manejarse como cirugía de corta estancia en el puerperio de bajo riesgo, en el posaborto y en el intervalo.
- * El procedimiento se debe realizar bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas.
- * Siempre que se cumplan los criterios para la selección del método, la edad y pariedad de la mujer no serán factores de contraindicaciones del método.

Efectos colaterales

No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.

- * Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural o anestesia general) o quirúrgicos (hemorragia o infección).

Conducta a seguir

- * Después del procedimiento la usuaria debe mantenerse en observación por un período mínimo de dos a seis horas.
- * Tomar analgésico en caso necesario.

- * Puede iniciarse la actividad laboral a los dos días postcirugía, siempre y cuando no implique esfuerzo físico pesado durante los primeros siete días,
- * Si después del egreso hospitalario se detecta algún problema de salud asociado con el procedimiento, la mujer debe ser referida en forma inmediata a una unidad hospitalaria para su atención.

Seguimiento de la usuaria.

- * Las revisiones subsiguientes deben programarse, la primera se debe efectuar durante la primera semana postcirugía para revisión de la herida quirúrgica. En caso de no existir complicaciones, las siguientes revisiones se deben efectuar cada año, en las cuales, siempre que sea posible, se efectuará toma de muestra paracitología cérvico-vaginal.

• Vasectomía.

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

Indicaciones.

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

- * Fecundidad satisfecha
- * Razones médicas
- * Retardo mental.

Contraindicaciones.

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

Precauciones.

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

Lineamientos generales para su prescripción.

- * Por ser de carácter permanente, este método en particular requiere de un proceso amplio de consejería, previo a su realización.
- * Autorización escrita del consentimiento informado del usuario (firma o huella dactil) o de su representante legal.
- * El procedimiento debe ser realizado por personal médico debidamente capacitado.

- * El procedimiento debe realizarse bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas y con anestesia local.
- * Siempre que se cumplan los criterios para la selección del método, la edad y fecundidad no serán factores de contraindicación.
- * La vasectomía no es efectiva en forma inmediata, pueden encontrarse espermatozoides hasta en las siguientes 25 eyaculaciones o hasta tres meses después del procedimiento, por lo cual se debe recomendar, el uso del preservativo u otro método, para evitar embarazos no deseados hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo.

Efectos colaterales.

No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método

- * Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico:
 - Equimosis
 - Infección de la herida quirúrgica
 - Granuloma
 - Hematoma.

Conducta a seguir.

Reposo domiciliario de cuatro horas postcirugía, con aplicación alterna de hielo sobre el área quirúrgica cada treinta minutos, cuando sea posible.

- * Puede iniciarse la actividad laboral a los dos días postcirugía, siempre y cuando no implique esfuerzo físico pesado durante los primeros siete días.
- * Se deben suspender las relaciones sexuales por siete días.
- * Utilizar suspensorio, traje de baño o calzón ajustado por siete días, mientras esté sentado o de pie.
- * Tomar analgésicos y antiinflamatorios en caso necesario.
- * Si el usuario detecta algún problema relacionado con la cirugía, debe ser atendido en forma inmediata.

Seguimiento del usuario.

Las revisiones subsiguientes deben programarse: La visita inicial se efectuará durante la primera semana postcirugía. Las siguientes se deben efectuar anualmente durante los dos primeros años o antes si el usuario lo considera necesario.¹⁵

1.6.4 Factores socioculturales.

En América latina son frecuentes las condiciones de vida que, en la literatura, se identifican como asociadas a elevado riesgo perinatal, entre estas se pueden mencionar:

1. Condiciones generales desfavorables en términos de ingreso , vivienda, educación formal; la asociación entre baja condición socioeconómica.

¹⁵ Secretaría de salud, op. cit 47-53

2. Frecuente migración rural / urbana, que determina la pérdida parcial o total de la red natural de apoyo familiar y comunitario, al mismo tiempo que implica la adaptación a una nueva forma de vida, difícil y desconocida.
3. Existencia de condiciones reproductivas que implican riesgos para las madres y el niño, tales como la edad materna menor de 17 años o mayor de 35 años y un intervalo intergenésico menor de 12 meses o mayor de 48. Epidemiólogos y clínicos han demostrado que estos factores se asocian aún elevado riesgo para la mujer y el recién nacido.
4. Existencia de condiciones de salud materna desfavorables, tales como bajo peso pregestacional, pobre ganancia de peso durante el embarazo, morbilidad obstétrica específica, trabajo físico excesivo, niveles elevados de estrés y ansiedad.¹⁶

1.6.4.1 Escolaridad. Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente, donde transmiten el bagaje cultural oficial preparándose para integrarse a la sociedad en forma productiva.

Clasificación:

- * Analfabeta
- * Sabe leer y escribir
- * Primaria completa
- * Primaria incompleta
- * Secundaria completa
- * Secundaria incompleta
- * Otros¹⁷

La educación es un medio por el que los jóvenes pueden alcanzar posiciones. El acceso a los trabajos que están por encima de un nivel determinado se rige por la cantidad de educación que el solicitante ha recibido, y como el nivel ocupacional es un factor determinante de los ingresos y del estatus social, es posible elevarse en la escala social si se completan los años de educación requeridos.

La educación puede ser un modo de salir del medio miserable.¹⁸

1.6.4.2 Situación económica y habitación. Es la base para algunas divisiones de las clases sociales; desde el obrero no calificado hasta el ejecutivo profesional. De tal forma el ingreso diario es uno de los factores determinantes. Este ingreso puede ser bajo si la madre es soltera, abandonada, viuda o el esposo está enfermo o en la cárcel. Las variables que modifican la situación económica son el tamaño de la familia, la habilidad para presupuestar. (obtener demasiados bienes a crédito y tener dificultad para los pagos), alcoholismo, afición a juegos de azar y carencia de seguro de salud.

¹⁶ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. *Salud Pública de México*. P.p. 82-83

¹⁷ BRIONES LÓPEZ, Fausto. *Factores de riesgo reproductivo en mujeres con edad de 15 a 45 años, con una sexualidad activa*. p.p 96

¹⁸ CLAY LINDGREN, Henry. "Introducción a la psicología social" .p.p. 190-191

Por lo que la habitación depende en gran medida de los recursos financieros, pero también hay factores adicionales como el número de hijos, lo que puede originar hacinamiento, o el cambiarse a una casa más inadecuada.¹⁹

1.6.4.3 Estado civil. Es la relación en que se hallan las personas en el agrupamiento social respecto a los demás miembros del mismo agrupamiento.

Matrimonio: Es un contrato solemne por el que se unen dos personas de sexo diferente, con la doble finalidad de procrear una familia y ayudarse a soportar las cargas de la vida.²⁰

El significado real del matrimonio es la aceptación de un nuevo status, con un nuevo conjunto de privilegios y obligaciones, y el reconocimiento de este nuevo estatus por otro. Un matrimonio legal legitima un estatus social y crea una serie de derechos y deberes reconocidos por la ley.

La unión libre ha sido totalmente legal y válida, ya que se puede mostrar su aceptación y reconocimiento como marido y mujer. Esto, sin embargo, creó incertidumbres y provocó abusos. Cuando esta situación pasó, la mayor parte de los estados reconocieron las uniones libres como legales y legítimas.

Siempre han existido algunas parejas no casadas que vivían juntos abiertamente como "amantes" más que como marido y mujer, pero generalmente eran condenados como escandalosas e inmorales.²¹

1.6.4.4 Dinámica familiar. Concepto de familia: Es una agrupación y parentesco que se encarga de la crianza de los niños y de satisfacer algunas otras necesidades humanas.

- * Es un grupo con ancestros comunes
- * Grupo de personas unidas por la sangre o el matrimonio
- * Una pareja casada con hijos o sin ellos
- * Una pareja no casada con hijos
- * Una persona con hijos.²²

La familia. La familia en la que nacemos nos condiciona en un doble sentido, por un lado delimita nuestro mundo externo, nos da un lugar en la sociedad; otro, estructura nuestro mundo interno y nos posibilita una determinada identidad personal. Es decir la familia nos dice qué y cómo somos. Cada familia es distinta y evidentemente no es lo mismo ser hijo único, hijos de padres separados, el último de ocho hermanos o huérfano. Sin embargo, todos, de alguna manera venimos de una familia, es decir somos hijos de un hombre y una mujer.

¹⁹ BEISCHER NORMAN, A. Y MACHAY, Eric V. Obstetricia práctica: con ciudadanos del recién nacido. p.p. 70

²⁰ MOTO SALAZAR, Efraín. Elementos de derecho. P.p. 151,156

²¹ HORTON B. Paul. Sociología, p.p.247-260

²² HORTON B. Op cit p.p. 244-245

La familia nos transmite una concepción del mundo, a saber el cúmulo de ideas, valores, prejuicios y expectativas que constituyen la realidad social de nuestros padres. Más allá de la educación explícita, de los propósitos deliberados y las posibilidades objetivas que los padres ofrecen a sus hijos, el ámbito familiar nos sitúa en el mundo y por así decirlo, nos enseña a vivir.²³

Tipos de familia

- * **Diada nuclear:** Conocida frecuentemente como familia que se inicia, la diada nuclear esta constituida por un esposo y su mujer que viven en una sola casa familiar. uno o ambos compañeros tienen una carrera y no tienen hijos o en el caso de una pareja anciana, no se encuentran niños en el hogar.
- * **Familia de un solo padre:** Queda un adulto sólo (por separación, divorcio o viudez) para criar a los niños menores en un hogar separado, sin otros adultos. Si no existe otra fuente de ingresos familiares, o si el adulto prefiere estudiar determinada carrera, esta añadirá, aún mayores responsabilidades a la vida familiar. Muchos padres solos se casan de nuevo, por último lo que crea la necesidad de cambios adicionales de papel, tanto para la unidad familiar anterior, como para la recién formada.
- * **Familia nuclear:** La consideración más común en nuestra sociedad es la familia nuclear. Esta constituida por marido, mujer y todos los niños menores, que viven juntos en un solo hogar.
- * **Familia de tres generaciones:** En la estructura de tres generaciones vive uno o más abuelos dependientes en un solo hogar con una familia de un solo progenitor o una familia nuclear. Los padres tienen autoridad sobre el hogar y cuidan a los abuelos.
- * **Familia extendida:** El tipo de familia extendida incluye a una o más familias nucleares o familia de adulto único, o a cualquiera de las configuraciones, previamente descritas que viven en proximidad, intercambian objetos y se buscan entre sí para efectuar interacción y encontrar apoyo.²⁴
- * **Familia consanguínea:** Es un clan amplio de parientes por la sangre junto con sus esposos e hijos.²⁵

Funciones familiares

Como la familia ocupa una posición entre el individuo y la sociedad su finalidad es doble entre satisfacer las necesidades del individuo y satisfacer las necesidades de la sociedad.

Las funciones primarias de la familia consiste en lo siguiente:

²³ CÁTALA, Magda. "El cuerpo de la psicología femenina" P.p. 59-61

²⁴ OLDS SALLY, B. LONDON MARCIA, L. Enfermería materno infantil; un concepto integral familiar. P.p. 37

²⁵ HORTON. op cit. p.p. 245

1. Cuidado y crianza de los hijos: Aunque las funciones de crianza de los niños se ha vuelto menos importantes en algunas familias, como resultado del control y el deseo individual de no tener hijos , la procreación sigue siendo una función familiar vital. Muchas parejas jóvenes tienen niños y los crían bajo las tradiciones y con los valores de las culturas de sus padres.
 2. Socialización y colocación social, incluso transmisión de valores y rituales culturales de una generación a otra. La socialización primaria compartida a menudo con instituciones del exterior (como la escuela), tienen como finalidad hacer que los miembros de la familia se conviertan en miembros productivos de la sociedad y que además, obtengan una posición social. Al enseñar a los niños sobre las actividades culturales y participar en ellas, se transmiten las tradiciones de generación en generación. Los niños aprenden mucho de su conducta, incluso los valores de lo correcto y lo incorrecto, al imitar a los padres o a otras personas importantes. El resultado deseado es "un adulto cuyas características de personalidad son compatibles con las demandas y las esperanzas de la sociedad a la que pertenece".
- * Satisfacción de las necesidades fisiológicas: La familia satisface las necesidades físicas básicas de sus integrantes al ofrecerles alimentos, refugio, abrigo, comodidad y cuidados de la salud suficiente. La familia tiene las responsabilidades adicionales de colocar adecuadamente sus recursos económicos y fomentar la seguridad de sus integrantes.
 - * Función afectiva (conservación de la personalidad): La familia satisface las necesidades psicológicas de sus integrantes según las necesidades del individuo o la unidad.
 - * Capacidad de la familia para afrontar la vida: La familia afronta continuamente demandas y esperanzas internas y externas que se supone que satisfecerá, Para garantizar la supervivencia, la estabilidad y el crecimiento de la familia, esta debe recurrir a mecanismos adecuados de solución de problemas para afrontar los requerimientos ambientales.

Papeles que desempeña la familia

Se llama papel a un cúmulo de conductas, actitudes y actividades interpersonales que se relacionan con un individuo en cierta situación o posición. Las conductas tienden a aprenderse mediante interacciones con los padres y los hermanos. Las actitudes son esperanzas de la sociedad en la que se cría el niño, afectan a las conductas del individuo y se pueden modificar a causa de estas. Las actividades dependen de esperanzas y patrones de conducta de amigos, parientes y otras personas ajenas al individuo. Conductas, actitudes y actividades se aprenden en gran medida por medio del proceso de socialización.

Cada familia debe definir su papel en la comunidad y los papeles de sus miembros individuales dentro de la unidad familiar. Estos papeles se aprenden mediante interacción e imitación.

Cada miembro tiene diversas posiciones: La mujer puede ser esposa, madre, contribuyente a la economía familiar, ama de casa y cocinera, con posiciones adicionales en la comunidad, las funciones del varón pueden consistir en esposo, padre, origen de los ingresos, jardinero y mecánico; cada descendiente es un hijo y quizá una hermana o hermano, con responsabilidad por algunas de las tareas hogareñas o familiares. Estos papeles, que dependen en parte de la cultura y en parte de la familia y del individuo, prescriben lo que las personas hacen, las personas con las que están obligadas, y sobre quiénes tienen derecho. Por cada papel en la familia hay otro papel complementario: esposo y esposa, padre e hijo, hermana y hermano.

Cada individuo debe aprender sobre el papel que desempeña su complemento, para comprender y efectuar su propio papel adecuadamente.

Las relaciones entre adultos depende de los papeles que adopten los miembros de la pareja. Cada niño tiene que buscar su propia identidad dentro de las relaciones familiares.

Los niños aprenden los papeles de sus padres a la vez que aprenden sus propios papeles y conforman sus propios conceptos basándose en la manera en que ejecutan sus propios papeles.

Los papeles que adoptan los niños afectan a su desarrollo psicosocial hacia la edad adulta.

Los papeles no son estáticos, cambian de cuando en cuando según las circunstancias y los acontecimientos.

Dentro de la familia una persona puede cambiar sus papeles muchas veces, por ejemplo la mujer se convierte en esposa al casarse y se añade el papel de madre cuando tiene el primer hijo.

Una vez que se han desarrollado los papeles de los miembros de la familia, los procesos familiares suelen proseguir bajo un patrón predecible. Si se producen interrupciones en los papeles personales esperados, se interrumpirán también los procesos familiares.

En la mayoría de los casos una persona asumirá el papel de la otra. Por ejemplo, cuando el que gana los ingresos familiares se ve incapacitado durante cierto periodo, quizá la esposa necesite encontrar un trabajo para restituir los ingresos perdidos y quizá los niños tengan que añadir otros deberes y responsabilidades con el hogar a sus propios papeles.

1.6.4.5 Valor de los hijos. El valor que se da a los niños varía en gran medida según el significado que cada sociedad les atribuye.

Además la reacción de los miembros individuales de la familia a un niño es personalizada y subjetiva.

Desde el punto de vista histórico, las motivaciones para tener niños han sido religiosas, políticas y culturales.

Algunos sujetos quieren hijos por su propia satisfacción, para tener alguien a quien guiar y controlar, para lograr ganancias económicas, mejorar su posición, para garantizar que se contará con alguien que lo cuide en la senectud, para satisfacer las necesidades culturales o para contar con un medio de inmortalidad personal.

En las sociedades industriales el grado al que se desean los niños parece depender en cierto grado del estado económico.

Son muchos los cambios históricos que han influido en la importancia de los niños en la sociedad. En las sociedades agrarias los niños son muy preciados por el logro económico que brinda a su familia y sociedad. La industrialización y la urbanización en EE.UU. y Canadá, han reducido la necesidad económica de tener hijos. Como resultado los niños se han vuelto menos "valiosos" y más valorados.

Entre los acontecimientos que han estimulado a muchas personas a revalorar su función reproductiva están:

- a) Proporciones menores de mortalidad que amenazan con acelerar drásticamente a la población.
- b) La revolución sexual que ha dado por resultado separación de la sexualidad y la reproducción y ha liberalizado los papeles sexuales.
- c) El movimiento de liberación femenina, que fomentó el concepto de que tener hijos y criarlos no son necesariamente los únicos papeles de la mujer.

En la actualidad muchas parejas se encuentran ante la decisión no del momento de tener un hijo, si no de establecer si lo tendrá. Están totalmente conscientes de las consecuencias de tener un hijo, de los efectos que la presencia de niños tendrán en sus relaciones o en sus finalidades profesionales y de los costos de los niños en cuanto a dinero y tiempo, y sobre su capacidad para criar a un niño bien adaptado y bien dotado.²⁶

1.6.4.6 Rol social de la mujer. La función tradicional de la mujer en nuestra sociedad le dio el dominio en el hogar. Esta regla tenía valor en la familia pero carecía de prestigio. La falta de prestigio convirtió a este papel de la mujer en una situación segura en la cual no intervendrían sus maridos, y por lo tanto el hogar se convirtió en la fortificación de las mujeres. Sin embargo, la división de las tareas dentro del hogar cambió grandemente al observar las mujeres que eran capaces de satisfacer otros papeles sin verse sometidas a límites definidos de manera cultural.

De modo semejante se ha considerado por tradición que el marido es la cabeza del hogar, y que la posición y el estilo de vida de quienes viven en el hogar depende en gran

²⁶ Olds, Sally, op. cit. p.p. 39-41

extensión de lo que él determine. Pero ahora son más las mujeres que están convirtiéndose en parte de la fuerza de trabajo, para complementar los ingresos de la familia, satisfacer las finalidades profesionales elegidas o trabajar voluntariamente en organizaciones de caridad.

Al salir las mujeres hacia el mundo del trabajo y encontrar satisfacción en el están logrando mejor posición para sí mismas dentro de su familia y de la comunidad, además de complementar el ingreso de modo que su familia pueda disfrutar de un estándar más elevado de vida. El aumento de su posición ha confirmado la importancia de las mujeres en el hogar y está incrementando sus privilegios y sus responsabilidades, en especial las de las clases media y superior.²⁷

1.6.4.7 Mitos sobre la mujer con respecto a la maternidad. Se ha concebido a la maternidad como una función de carácter instintivo, profundamente arraigado en la estructura biológica de la mujer.

Resulta inaceptable, entonces, la afirmación de que la maternidad humana se funda en la relación natural, biológica, de la madre con su hijo, en tanto que la paternidad es una función social construida por la cultura.

La definición de la maternidad como hecho natural es una representación ideológica que proporciona una imagen totalizadora y unificada de la mujer madre, una identidad sólida y coherente al servicio de las ilusiones narcicistas. La ecuación mujer-madre-naturaleza encarna en la mujer el mito paradisiaco de la satisfacción ilimitada.²⁸

La realidad social de la maternidad.

“Los mitos con los que vivimos son contradictorios “

Las clases dominantes, que reinventaron la maternidad como vocación femenina exclusiva, se hallaban en una contradicción flagrante con la realidad de las numerosas mujeres que trabajaban y debían asumir su maternidad en las condiciones más duras.

Se abre un abismo entre el ideal soñado de la madre educadora de sus hijos, consagrada a ellos, y la vida cotidiana de las madres de medios modestos.

En los medios rurales se observa la persistencia de las costumbres tradicionales que asimilan la maternidad a la fecundidad de la tierra: la mujer, trabaja y es fecundada por el macho, debe ante todo producir niños. Pero además, estos son necesarios para el trabajo de la tierra y constituyen la única seguridad ante la vejez y la enfermedad.

En el campo, una joven que quedaba embarazada no estaba deshonrada, pero sí lo estaba su compañero si no se casaba con ella. Una mujer que no tenía hijos solo merecía el desprecio y corría el riesgo de ser abandonada.

²⁷ OLDS, Sally. Op cit. p.p. 49

²⁸ TUBERT. SILVIA: Mujeres sin sombra, maternidad y tecnología. p.p. 51

Pero esta preocupación esencial por la reproducción no implica ninguna consideración especial por la mujer embarazada o por la joven madre. En el campo la mujer era sirvienta del hombre; lo único sagrado era el trabajo. Así, las mujeres se agotaban en embarazos numerosos y en trabajos excesivos.

Tal como se práctico en el siglo XIX, la costumbre de entregar a los niños a nodrizas, colocaba a la mujer campesina en el lugar de un animal domestico, separándola de sus propios hijos en provecho de los niños de las clases acomodadas. Esta costumbre, practicada inicialmente por la aristocracia, fue condenada por la sensibilidad republicana. La lactancia artificial acabo por desaparecer una industria que, durante cinco siglos, había especializado a los campesinos en la crianza de bebés y que suponía el ejercicio de una maternidad compartida entre dos mujeres.²⁹

En el curso del siglo XIX el trabajo industrial de la mujer se convirtió en una necesidad para el florecimiento del capitalismo, en tanto ponía al servicio de las nuevas maquinas una mano de obra dócil y pagada mínimamente. De este modo se abrieron las fabricas a todas las mujeres, incluso a las madres, despreciando la ideología dominante que establecía que el hombre debe alimentar a la mujer y la madre debe ocuparse de los hijos. La industrialización produjo un nuevo tipo de madres que trabajan fuera de su casa durante 12 a 14 horas diarias y volvían al hogar extenuadas e incapacitadas para asumir las tareas hogareñas y maternas más esenciales.

Por lo que la incorporación de las mujeres al trabajo asalariado bajo las normas y disciplinas capitalistas conllevó a una diversidad de cambios en la vida social y sobre todo en lo que respecta a la familia (fecundidad, relaciones familiares, etc.) y a sus cuerpos incluyendo un manejo diferente y nuevas exposiciones a factores de riesgo que alteran la salud. Es decir, fue necesario introducir normas disciplinarias para imponer el trabajo asalariado; y una vez impuestas dichas normas empezaron a regular la manera de vivir, la salud y todo el universo de las prácticas históricas tanto del hombre como de la mujer.³⁰

La mujer se sigue viendo como un instrumento reproductor que se puede hacer funcionar coactivamente puesto que la represión es incapaz de obligar a las parejas a reproducirse y multiplicar su progenia, ante la proliferación y difusión de los medios contraceptivos y la falta de mano de obra, la nueva táctica consiste en cuidar mejor a las mujeres embarazadas, las parturientas, los recién nacidos, para evitar la mortalidad y compensar la insuficiencia de los nacimientos.³¹

²⁹ TUBERT, Silvia, Mujeres sin sombra, maternidad y tecnología. p.p. 51,91y92

³⁰ COOPER, Jennifer, Fuerza de trabajo femenina urbana, en México, p.p. 447

³¹ TUBERT, Silvia, op. Cit. p.p. 93

1.7 IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PARA LA SALUD MATERNA.

En la actualidad todos los humanos civilizados deben de estar conscientes del gran problema que representa la "Explosión demográfica", que ha sido la resultante de los adelantos técnicos de la medicina y los programas de salud pública que se llevan a cabo en todo el mundo, las cuales al abatir las cifras de mortalidad infantil y alargar la vida de los que habitamos este planeta, han logrado que por cada ser humano que desaparece de la tierra, arriben a ella por lo menos tres nuevos habitantes.

La sobrepoblación mundial que consecuentemente trae aparejada problemas sociales y económicos enormes así como problemas de cuidado del individuo y del grupo en que se desenvuelve (familia) e igualmente problemas médicos de importancia. Por lo tanto existe una serie de razones por las cuales es obligada la planificación familiar.³²

1. El control de la natalidad es la única solución factible para los problemas del individuo y de la humanidad provocados por el embarazo fortuito. Las finalidades primordiales de la limitación de la natalidad además de disminuir este crecimiento intolerable de la población son: Ayudar a ciertos objetivos físicos y socioeconómicos: espaciando el arribo de niños o limitando el número de los mismos; se le permite a una pareja proporcionar consideraciones completas de salud de la madre y circunstancias económicas de la pareja.

2. Para evitar el embarazo no deseado entre los solteros.

3. Para evitar el empeoramiento de las enfermedades existentes.

4. Para disminuir las enfermedades hereditarias.³³

Razones familiares: Actualmente el contar con una numerosa familia, sin duda trae consigo grandes trastornos., el estado de salud no se puede lograr para los padres y sobre todo para los descendientes si tenemos "Los hijos que Dios quiera", la familia se desajusta física y moralmente. Se acrecentan las obligaciones, el trabajo, la insatisfacción, la inseguridad económica, los problemas de todo tipo, es decir los padres se hacen menos felices y por lo tanto dejan de ser sanos. Además, para los mismos hijos esto lleva consigo una deficiente alimentación lo que ha su vez ocasiona deficiencias físicas y mentales y una inadecuada instrucción.

Por lo que la sobrepoblación es una carga enorme para un pueblo y de difícil solución, pero si no se controla explosión demográfica por medio de una adecuada planificación familiar, el problema será cada vez mayor y sin solución de ninguna clase.³⁴

³² RUIZ VELAZCO, Victor, Aspectos prácticos de los métodos de planificación familiar, p.p. 3

³³ MC CARY, Lesyc James, Sexualidad humana de McCary, p.p. 167,168

³⁴ RUIZ VELAZCO Victor, Op. Cit. P.p. 4-7

2.

RESULTADOS

2. RESULTADOS

Partiendo del objetivo general, que es analizar la influencia de los factores socioculturales y biológicos más frecuentes que influyen en la determinación del periodo intergenésico en mujeres del módulo de Zacapu, Michoacán. Los resultados a los que se llegaron son:

Con respecto a la edad materna y su relación con el periodo intergenésico encontramos que el 23.57% del total son mujeres que tienen de 32 a 35 años edad y de estas, el 17.86% dejaron un periodo intergenésico de más de 19 meses; un 4.28% 12 a 18 meses y el 0.71% su periodo intergenésico fue de 6 a 11 meses y menos de seis meses respectivamente. Por otra parte el 20% de las mujeres del módulo tienen de 36 a 39 años de las cuales el 10% tienen un periodo mayor a 19 meses, el 8.57% de 12 a 18 meses y el 1.43% de 6 a 11 meses.

Así mismo el 17.86% cuentan con una edad de 28 a 31 años de las cuales el 14.29% indica un periodo intergenésico mayor a 19 meses, el 3.57% de 12 a 18 meses, por otro lado el 13.57% tiene una edad de 40 a 43 años y de ellas el 10% cuenta con un periodo mayor de 19 meses, el 3.57% tiene de 12 a 18 meses entre un embarazo y otro. Como siguiente término, el 12.86% son mujeres de 24 a 27 años y de estas el 6.43% dejó un periodo intergenésico mayor a 19 meses y de 12 a 18 meses respectivamente. Sin embargo el 7.14% del total son de 44 a 45 años de edad; el 5.71% alargó el periodo intergenésico a más 19 meses; y el 0.71% de 12 a 18 meses y de 6 a 11 meses respectivamente. Por último el 5% son mayores de 20 a 23 años, de los cuales el 2.14% dejaron más de 19 meses entre un embarazo y otro, el 10.71% de 12 a 18 meses y menos de 6 meses respectivamente y el 1.43% de 6 a 11 meses.

Analizando los resultados se obtiene que el grupo de edad más afectado en primer lugar es de 20 a 23 años, ya que por cada tres mujeres que dejaron un periodo intergenésico mayor a 19 meses, hay 4 que tienen menos de 18 meses. En segundo lugar están las mujeres de 24 a 27 y 36 a 39 años de edad; por que de cada mujer que tiene un periodo mayor a 19 meses hay una con un periodo menor a 18 meses.

En términos generales un periodo intergenésico corto constituye un factor de riesgo, especialmente cuando es menor a 18 meses ya que puede producir deterioro nutricional materno y originar productos de bajo peso, sin embargo la mayoría de las mujeres dejó un periodo intergenésico mayor a 19 meses ó ideal, esto se debe a que la mayoría de los esposos de dichas mujeres emigra a EUA y solo vienen cada seis meses o cada año, además también hay quienes usan los MA.

Un periodo ideal para la reproducción de la mujer es el comprendido entre los 20 y 29 años, ya que de los 30 a los 34 años existe un ligero incremento del riesgo. En particular las que se embarazan con menos de 20 años y de los 35 años en adelante están sometidas a mayores riesgos de mortalidad materna y perinatal.

(Ver cuadro no. 1, pág. 40)

Otro factor importante que también influye en la determinación del periodo intergenésico es la escolaridad, ya que el 58.58% del total cuentan con primaria incompleta, de los cuales el 37.15% dejó un periodo de más de 19 meses, el 18.57% de 12 a 18 meses y el 2.86% de 6 a 11 meses. En segundo termino el 25.71% tienen primaria completa, de estos el 18.57% tiene un periodo mayor a 19 meses, el 5% de 12 a 18 meses, el 0.71% de 6 a 11 meses y el 1.43% menos de 6 meses.

En tercer término se observa que el 5.71% es analfabeta y que el 3.57% su periodo intergenésico es mayor a 19 meses, el 1.43% de 12 a 18 meses y el 0.71% de 6 a 11 meses.

Por otro lado el 3.57% tiene secundaria completa e incompleta respectivamente y el 2.14% dejó un periodo intergenésico mayor a 19 meses, el 1.43% de 12 a 18 meses y solo el 2.86% son profesores con un periodo intergenésico de más de 19 meses.

De esto resulta que el grupo más afectado en este caso es el que cuenta con primaria incompleta ya que de cada dos mujeres que dejaron un periodo intergenésico mayor a 19 meses hay una que tiene menos de 18 meses. En segundo lugar se encontraron las analfabetas, por que de cada 2 mujeres que deja un periodo mayor a 19 meses hay una que deja menos de 18 meses.

Cabe mencionar que la educación es un medio por el que los jóvenes pueden prepararse para integrarse a la sociedad en forma productiva y alcanzar mejores posiciones. Sin embargo, se observó durante el Servicio Social que la mayoría de las comunidades solo cuenta con una escuela primaria y en algunas ocasiones con kinder, lo que origina que la población únicamente estudie la primaria y el que quiere continuar con la secundaria o con una carrera técnica sale fuera de la comunidad, municipio o a la capital del estado.

(Ver cuadro no. 2, pág. 41)

Con respecto a la ocupación de los esposos del módulo y la relación que existe con el periodo intergenésico, se obtuvo que el 54.29% del total son campesinos y de estos el 32.86% dejó un periodo mayor de 19 meses, el 16.43% de 12 a 18 meses, el 3.57% de 6 a 11 meses y el 1.43% menos de 6 meses. Como siguiente lugar tenemos que el 36.43% se encuentran en el rubro de otros, dentro de lo cual están los jornaleros, choferes, albañiles, de éstos el 27.15% tiene un periodo mayor a 19 meses, el 8.57% de 12 a 18 meses y el 0.71% de 6 a 11 meses. Entre otras ocupaciones se encuentran obreros con 5% de los cuales el 3.57% tiene un periodo intergenésico mayor a 19 meses y el 1.43% de 12 a 18 meses, y sólo el 2.14% es profesionista (maestro) dejando más de 19 meses entre un embarazo y otro.

Por lo tanto el grupo más afectado es el de campesinos ya que por cada 2 mujeres que dejan un periodo intergenésico de más de 19 meses hay una que deja menos de 18 meses. En segundo lugar están los que tienen más de 2 ocupaciones ya que por cada dos mujeres que dejó un periodo menor a 18 meses hay una que deja más de 19 meses.

En el caso de las esposas se obtuvo que el 97.86% se dedican al hogar, de las cuales el 1.43% dejó menos de 6 meses, el 4.28% de 6 a 11 meses, el 27.86% de 12 a 18 meses y el 64.29% más de 19 meses. Pero hubo un periodo de 2.14% que se dedica al hogar y al campo y su periodo intergenésico fue de más de 19 meses.

Por lo cual el grupo más afectado son los que se dedican al hogar ya que por cada 2 mujeres que dejan un periodo mayor a 19 meses hay una que deja menos de 18 meses.

La mayoría de los hombres se dedican al campo debido a las pocas fuentes de trabajo, por lo que se ven en la necesidad de emigrar, principalmente a EE.UU. en busca de mejores oportunidades de trabajo. Los que se quedan se dedican al campo el cual es mal pagado, por lo tanto algunas mujeres dejan un periodo intergenésico de 19 meses ya que sus maridos están ausentes.

(Ver cuadros no. 3 y 3', págs. 42 y 43)

Una consecuencia de las pocas fuentes de trabajo y la poca remuneración es el ingreso económico semanal que predomina en éstas familias; obteniendo que el 80% del total gana de 100 a 200 pesos de las cuales el 53.57% dejó un periodo mayor a 19 meses, el 23.57% de 12 a 18 meses y el 2.86% de 6 a 11 meses; en segundo lugar el 13.57% gana de 201 a 300 pesos, de ellos el 9.28% tiene un periodo intergenésico más de 19 meses, el 3.57% de 12 a 18 meses y 0.71% menos de 6 meses; en tercer lugar el 4.28% su ingreso económico es de 301 a 400 pesos semanales de éstos el 2.85% dejó un periodo mayor a 19 meses y 0.71% de 12 a 18 meses y de 6 a 11 meses respectivamente. Por último el 2.14% son los que obtienen más de 401 pesos semanales y sólo 0.71% dejó menos de 6 meses, de 6 a 11 meses y más de 19 meses respectivamente.

Se obtiene que el rubro más afectado son los que tienen un ingreso mayor de 401 pesos, ya que por cada dos personas que dejan menos de 11 meses hay una que deja más de 19 meses.

En general para la mayoría de las familias el sueldo es bajo debido a que en la familia sólo trabaja el esposo, además en ocasiones para complementar su gasto familiar piden fiado en las tiendas, o lo que siembran es para su autoconsumo (frijol, maíz, haba, lentejas, etc.).

La familia tiene algunas responsabilidades entre ellas colocar adecuadamente los recursos económicos y fomentar la seguridad de sus integrantes.

(Ver cuadro no. 4, pág. 44)

En lo que respecta al estado civil el 97.14% de las mujeres son casadas, de estas el 65% dejó un periodo intergenésico mayor a 19 meses, el 26.43% de 12 a 18 meses, el 4.28% de 6 a 11 meses y el 1.43% menos de 6 meses. Por otra parte el 2.86% viven en

unión libre de las cuales el 1.43% tiene un período de 12 a 18 meses y de más de 19 meses respectivamente.

Se observa que el grupo más representativo en primer lugar son las mujeres que viven en unión libre porque de cada mujer que tiene un período mayor a 19 meses hay una que tiene menos de 18 meses; siguiéndole las mujeres casadas, ya que por cada 2 mujeres que su período es mayor a 19 meses hay una que su período es menor a 18 meses entre un embarazo y otro.

El estado civil es la relación en que se hallan las personas en el agrupamiento, respecto a los demás miembros. Por lo que el matrimonio es la aceptación de un nuevo estatus.

En la mayoría de las comunidades la unión libre no es muy aceptada, ya que en la población todavía se conservan las costumbres.

(Ver cuadro no. 5, pág. 45)

Por otro lado es importante saber como influye la estabilidad de la pareja en la determinación del período intergenésico, encontrándose que el 88.57% se lleva en armonía con su pareja de las cuales el 58.57% tiene un período mayor a 19 meses, el 25% de 12 a 18 meses, el 4.29% de 6 a 11 meses y 0.71% menos de 6 meses. En segundo término el 11.43% su relación de pareja es inestable, mientras que el 7.86% dejó más de 19 meses entre un embarazo y otro, el 2.86% de 12 a 18 meses y 0.71% menos de 6 meses.

Se obtiene que las parejas más afectadas son las que viven en armonía ya que por cada 2 mujeres que su período intergestacional es mayor a 19 meses hay una que su período es menor a 18 meses.

En la mayoría existe una estabilidad entre la pareja ya que por lo que se observó el esposo convive con su familia, el poco tiempo que pasa en su casa; pero también existe la inestabilidad debido a que en ocasiones el esposo es alcohólico o porque tiene muchos hijos y no hay suficientes recursos económicos, también por que emigran a los EE.UU. y se buscan otra pareja.

Es importante que la pareja satisfaga las necesidades físicas, básicas de sus integrantes al ofrecerles alimentos, refugio, abrigo comodidad y cuidados a la salud suficientes; en ocasiones la familia afrontará continuamente demandas y esperanzas internas y externas lo que les ayudará a mantener una supervivencia, estabilidad y el crecimiento de la familia.

(Ver cuadro no. 6, pág. 46)

Dentro de la familia también se da un valor a los hijos, el cual varía en gran medida según la sociedad en la que se encuentre, como el módulo de Zacapu el 30.72% del total

opina que los hijos son parte de la familia y de ellos el 22.15% tiene un periodo intergenésico de más de 19 meses, el 5% de 12 a 18 meses, el 2.14% de 6-11 meses y el 1.43% menos de 6 meses. Mientras que 30% opina que los hijos son para unir a una pareja, el 20% tiene un periodo de más de 19 meses y el 10% de 12 a 18 meses. Por otro lado el 16.43% piensan que los hijos son para que en un futuro los mantenga; el 10.71% dejó entre un embarazo y otro más de 19 meses, el 5% de 12 a 18 meses y 0.71% de 6 a 11 meses.

El 15.71% de las mujeres dio más de dos respuestas, con respecto a los hijos, y de estas el 9.28% su periodo intergenésico es mayor de 19 meses, el 5.71% de 12 a 18 meses y el 0.71% de 6 a 11 meses. Pero también hay quienes opinan que los hijos son para trabajar lo que corresponde a un 5.71%, de los cuales el 2.86% dejó más de 19 meses entre un embarazo y otro, el 2.14% de 12 a 18 meses y 0.71% de 6 a 11 meses.

Se determina que el grupo más afectado es el que opina que los hijos son para trabajar ya que por cada mujer que deja un periodo mayor a 19 meses, hay una que deja menos de 18 meses. Siguiendo el grupo que dio más de dos respuestas ya que por cada 13 mujeres que dejan un periodo mayor a 19 meses hay nueve que dejan menos de 18 meses.

Desde el punto de vista histórico las motivaciones para tener hijos han sido religiosas, políticas y culturales. Algunos sujetos quieren tener hijos por su propia satisfacción para tener alguien a quién guiar y controlar, para lograr ganancias económicas; mejorar su posición, para garantizar que se contará con alguien que lo cuide en la senectud, para satisfacer las necesidades culturales o para contar con un medio de inmortalidad personal.

(Ver cuadro no. 7, pág. 47)

Con lo que respecta a las mujeres, sobre la importancia del sexo, encontramos que el 14.28% del total opina si es importante, de los cuales el 7.14% su periodo es mayor a 19 meses, el 5.71% de 12 a 18 meses y el 1.43% menos de 6 meses. Mientras que el 84.29% contestó que no es importante ese aspecto, el 4.28% dejó un periodo menor a seis meses, el 20.72% de 12 a 18 meses y el 59.29% más de 19 meses. Solo el 1.43% no contestó y su periodo intergenésico es de 12 a 18 meses, por lo que se ve afectado, siguiendo las mujeres que le dan importancia al sexo, porque de cada mujer que deja un periodo intergenésico mayor a 19 meses hay una que deja menos de 18 meses.

Se observó durante el servicio social que la mayoría no le da importancia al sexo de los hijos, debido a que tienen varios hijos de ambos sexos.

(Ver cuadro no. 8, pág. 48)

Observamos que el 15% de las mujeres entrevistadas tenían predilección por el sexo masculino siendo el 7.86% que dejó un periodo mayor a 19 meses, 6.43% de 12 a 18 meses y 0.71% menos de 6 meses. Pero el 13.57% tiene preferencias por el sexo femenino, de estas el 8.57% tiene un periodo intergenésico de más de 19 meses y el 5% de 12 a 18

meses. El 70.72% de las mujeres entrevistadas prefieren ambos sexos, de las cuales el 50% dejó más de 9 meses entre un embarazo y otro, el 15.72% de 12 a 18 meses, el 4.28% de 6 a 11 meses y 0.71 menos de 6 meses.

Analizando los resultados se obtiene que el grupo más afectado es el que tiene preferencia por el sexo masculino, ya que por cada 11 mujeres que dejan un período mayor a 19 meses hay 10 que dejaron menos de 18 meses.

En algunas sociedades agrarias los niños son muy preciados por el logro económico que brindan a su familia o para contar con un medio de inmortalidad personal, además que se dice que el hombre sufre menos que la mujer.

(Ver cuadro No. 9, pág. 49)

El tipo de familia que más predomina en el módulo de Zacapu es la nuclear con el 80% del total dentro de los cuales el 50.71% dejó un período mayor de 19 meses, el 24.29% de 12 a 18 meses, el 3.57% de 6 a 11 meses y el 1.43% menos de 6 meses. En segundo lugar se encuentra el 15% que habitan con los suegros, el 10.71% tiene un período de más de 19 meses, el 3.57% de 12 a 18 meses y 0.71% de 6 a 11 meses. El tercer lugar el 1.43% que habitan con los hermanos, cuñados y otros, dejando más de 9 meses entre un embarazo y otro, respectivamente; sólo el 0.71% vive con sus padres y su período intergenésico es mayor de 19 meses.

El rubro más afectado son las familias nucleares ya que por cada dos mujeres que dejan un período intergenésico mayor a 19 meses hay una que deja menos de 18 meses.

(Ver cuadro No. 10, pág. 50)

Con lo que respecta al conocimiento de las mujeres sobre a los métodos anticonceptivos, que el 77.14% si tiene conocimiento sobre ellos, de estas el 1.43% dejó menos de 6 meses entre un embarazo y otro, el 2.14% de 6 a 11 meses, el 19.29% de 12 a 18 meses y el 54.28% más de 19 meses. Del 22.86% restante que no tiene conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, el 2.14% tiene un período de 6 a 11 meses, el 857% de 12 a 18 meses y el 12.15% es mayor a 19 meses. Obteniéndose que este último es el grupo más afectado, ya que por cada mujer que deja más de 19 meses hay una que deja menos de 18 meses.

En la actualidad es importante tener conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, ya que permiten a la pareja tener un período intergenésico mayor a 19 meses, evitar embarazos no deseados y reducir los riesgos materno infantil.

Lo que se observó durante el servicio social es que algunas mujeres no asistían a las pláticas de planificación familiar, debido a que les daba pena tratar esos temas o en varias ocasiones argumentan que no tienen tiempo.

(Ver cuadro no. 11, pág.51)

Entre los métodos más usados por las mujeres del módulo de Zacapu, encontramos que el 42.15% utiliza hormonales, orales e inyectables, de ellas el 27.86% dejó un período mayor a 19 meses, el 12.15% de 12 a 18 meses, el 1.43% de 6 a 11 meses y el 0.71% menos de 6 meses. En segundo término con un 10% estaban las usuarias que empleaban los preservativos, de las cuales el 7.15% dejó un período mayor a 19 meses, el 1.43% de 12 a 18 meses y de 6 a 11 meses respectivamente. En tercer término lo ocupan las usuarias que se realizaron la OTB con un 9.29%, de ellas el 5.71% dejaba un período mayor a 19 meses y el 3.57% de 12 a 18 meses. El cuarto lugar con el 7.86% esta el rubro que utiliza el DIU, de estas el 5.71% guardaba un período intergenésico de más de 19 meses, el 1.43% de 12 a 18 meses y el 0.71% menos de 6 meses. En quinto lugar lo ocupan las usuarias que utilizan el método del ritmo con un 2.14% dejando un período intergenésico mayor a 19 meses sólo el 0.71% de los esposos tienen vasectomía y deja un período intergenésico de 12 a 18 meses, al igual que las mujeres que utilizan otros métodos (óvulos). Por otra parte el 27.14% no utilizan los métodos anticonceptivos, de estas el 17.86% cuenta con un período intergenésico mayor a 19 meses y el 1.43% de 6 a 11 meses.

Analizando los resultados se obtiene que los grupos más afectados son los que tienen vasectomía, y los que utilizan otro método, ya que su período es de 12 a 18 meses respectivamente, siguiendo las que se realizan la OTB ya que por cada 2 mujeres 1.6 que dejan un período mayor a 19 meses hay una que deja menos de 18 meses, en penúltimo lugar se encuentran los que no usan métodos anticonceptivos, ya que de cada 2 mujeres 1.9 que tiene un período intergenésico mayor a 19 meses, hay una que deja menos de 18 meses. Y por último las que utilizan los hormonales orales e inyectables por que de cada 2 mujeres que dejan más de 19 meses hay una que deja menos de 18 meses.

Lo que se observó en las comunidades es que todavía existen mitos. Algunos de ellos es que el DIU se adhiere a la cabeza del niño, que los deja estériles o porque produce cáncer. Cabe mencionar que sólo una persona es la que se realizó la vasectomía, esto se debió a que ya tenía muchos hijos, y opto por un método definitivo. Con respecto a los mitos sobre la vasectomía se observó que la mayoría de los hombres no se la realizan porque van a dejar de ser hombres. Con respecto a la OTB, se encontró que los maridos no les permitían a las mujeres realizársela.

(Ver cuadro No. 12, pág. 52)

Otro factor que influye con el período intergenésico es la religión, ya que el 94.29% son católicos, dentro del cual el 62.86% tiene un período intergenésico mayor a 19 meses, el 25.72% de 12 a 18 meses, el 4.28% de 6 a 11 meses y el 1.43% menos de 6 meses. En segundo lugar el 2.14% testigos de Jehová y su período intergenésico es de 12 a 18 meses al igual de los que no tienen una religión pero su período intergenésico es mayor a 19 meses.

Obteniéndose que el grupo más afectado son los testigos de Jehová, ya que dejaron de 12 a 18 meses entre un embarazo y otro, siguiendo los católicos, por que de cada 2 mujeres que deja un período intergenésico mayor a 19 meses hay una que dejó menos de 18 meses.

(Ver cuadro no. 13, pág. 53)

La religión no interfiere con el uso de los MA ya que el 92.14% del total contestó que no, el 62.14% tiene un período mayor de 19 meses, el 24.29% de 12 a 18 meses, el 4.28% de 6 a 11 meses y el 1.43% menos de 6 meses, mientras que el 7.86% contestó que sí. de estos el 4.29% tiene un período mayor a 19 meses y el 3.57% de 12 a 18 meses.

Se analizó que el rubro más afectado son los que contestaron que si interfiere su religión con el uso de MA, ya que por cada mujer que deja un periodo mayor a 19 meses hay una que dejó menos de 18 meses. Siguiendo las que contestaron que no, por que de cada 2 mujeres que dejan más de 19 meses hay una que deja menos de 18 meses.

Nos percatamos que aunque las señoras decían que la religión si interfería para el uso de MA ellas no lo llevaban a cabo, pero tenían en mente que estaban pecando.

(Ver cuadro no. 14, pág. 54)

Con respecto a quien toma la decisión para tener un hijo encontramos que el 84.43% lo deciden entre ambos y de estos el 56.43% dejó un período mayor a 19 meses, el 20% de 12 a 18 meses, el 3.57% de 6 a 11 meses y 1.43% menos de 6 meses. En segundo lugar lo ocupa el 7.86% que lo decide el esposo, ya que un 2.86% tiene un período de más de 19 meses y el 5% de 12 a 18 meses. Así mismo 7.86% son los que ninguno decide; teniendo 0.71% de 6 a 11 meses entre un embarazo y otro, 2.15% de 12 a 18 meses y 5% más de 19 meses. Y en tercer lugar lo ocupan los familiares con 0.71% y un período de 12 a 18 meses.

El grupo más afectado es en el que decide el esposo porque de cada mujer que deja un período de 12 a 18 meses hay 4 de más de 19 meses. Continúan con el rubro donde deciden los familiares ya que dejan un período de 12 a 18 meses, y por último en donde ninguno toma la decisión porque de 1.75 mujeres que dejan más de 19 meses hay una que deja menos de 18 meses.

(Ver cuadro no. 15, pág. 55)

Algunos de los motivos por los que se embarazan las mujeres es que desean tener otro hijo, obteniendo un porcentaje de 42.15% de ellas el 1.43% tiene un período intergenésico de 6 a 11 meses, el 5.72% de 12 a 18 meses y el 35% de más de 19 meses. En segundo lugar se encuentran las personas que no usan métodos anticonceptivos con un 38.57% y de las cuales el 2.14% dejó de 6 a 11 meses entre un embarazo y otro, el 16.43% de 12 a 18 meses y el 20% más de 19 meses. En tercer lugar se encuentran las personas que dieron más de dos respuestas con un 10%; el 1.43% dejó menos de 6 meses, el 2.14% de 12 a 18 meses y 6.43% de más de 19 meses. Por último se encuentran las mueres que les falló el MA con un 9.28%, el 0.71% su período intergenésico es de 6 a 11 meses, el 3.57% de 12 a 18 meses y el 5% de más de 19 meses.

* Con base a lo estudiado se obtuvo que el grupo más afectado son los que no usaban MA, ya que por cada 28 mujeres que su período intergenésico es menor a 18 meses. Siguiendo las mujeres a las que les falló el método anticonceptivo porque de cada 7 mujeres (donde su período intergenésico) es mayor a 19 meses, hay 6 mujeres (donde su período intergenésico) es menor a 18 meses.

Por último las mujeres que dieron más de dos respuestas ya que de cada 9 mujeres que su período intergenésico es mayor a 19 meses hay 5 mujeres que dejaron menos de 18 meses.

En la actualidad muchas parejas se encuentran ante la decisión de no tener un hijo por el momento, de decidir si lo tendrá. Estar totalmente conscientes de las consecuencias de tener un hijo, de los efectos que la presencia de los niños tendrán en sus relaciones o en sus finalidades profesionales y de los costos de los niños en cuanto a dinero y tiempo y sobre su capacidad para crear un niño bien adaptado y bien dotado.

(Ver cuadro no. 16, pág. 56)

También fue muy importante saber si los comentarios influían en la decisión para tener hijos y se obtuvo que el 97.14% dijo que no influían, por lo que el 62.29% dejó más de 19 meses entre un embarazo y otro, el 27.14% de 12 a 18 meses, el 4.28% de 6 a 11 meses y el 1.43% menos de 6 meses.

Pero un 2.86% contestó que si influían los comentarios, el 2.14% tiene un intervalo intergenésico mayor a 19 meses y el 0.72% de 12 a 18 meses. Obteniéndose que el rubro más afectado son las que contestaron que si, ya que de aproximadamente 2 (1.95) mujeres que su período intergenésico es mayor a 19 meses, hay una que dejó menos de 18 meses.

(Ver cuadro no. 17, pág. 57)

En las comunidades del Módulo una pareja que tiene muchos hijos se atribuye un valor como es el caso de las mujeres, que teniendo muchos hijos se sienten más mujeres, ya que cuentan con un porcentaje de 2.85% de las cuales el 2.14% tiene un intervalo intergenésico de 12 a 18 meses y el 0.71% de menos de 6 meses.

En segundo lugar los esposos que se sienten más hombres ya que cuentan con un 2.86% del total y el 2.14% dejó un período intergenésico mayor a 19 meses y el 0.71% de 12 a 18 meses.

En tercer lugar se encuentran los que dicen que los dos valen más y se encuentran con un 12.86% de ellos el 9.29% cuenta con un período intergenésico mayor a 19 meses, el 2.14% de 12 a 18 meses y el 0.71% de 6 a 11 meses y menos de 6 meses respectivamente. Y por último con un 81.43% lo ocupan quienes dicen que eso no importa, ya que el 55% su período intergenésico es más de 19 meses, el 22.86% de 12 a 18 meses y el 3.57% de 6 a 11 meses.

Se estudió que el grupo más afectado son las mujeres que al tener hijos se sienten más mueres ya que son 4 las que dejaron menos de 18 meses entre un embarazo y otro.

Algunos hombres y mujeres se siguen viendo como instrumentos reproductores que se pueden hacer funcionar coactivamente, puesto que la represión es incapaz de obligar a las parejas para reproducirse o multiplicar. Sin embargo otras parejas tienen hijos con el fin de formar una familia y no por sentirse más hombre o más mujer.

(Ver cuadro no. 18, pág. 58)

Por lo que el 49.29% del total de las mujeres se embarazaron de 2 a 4 veces, de las cuales el 33.57% su lapso entre un embarazo y otro es mayor a 19 meses, el 12.86% de 12 a 18 meses, el 1.43% de 6 a 8 meses y menos de 6 meses respectivamente.

En segundo lugar lo ocupa el 32.14% que son las mujeres que se embarazaron de 5 a 7 veces y del 22.14% su período intergenésico es de más de 19 meses, el 8.57% de 12 a 18 meses y el 1.43% de 6 a 11 meses. En tercer lugar se encuentran las que se embarazaron de 8 a 10 veces contando con el 15.71% una parte de ellas que corresponde al 9.29% su período intergenésico es más largo a 19 meses, el 5.71% de 12 a 18 meses y el 0.71% de 6 a 11 meses. Y por último es el 2.86% que son las que se embarazaron más de diez veces y 0.71% dejaron de 6 a 11 meses y de 12 a 18 meses respectivamente, entre un embarazo y otro, y el 1.43% más de 19 meses, obteniéndose que este es el rubro más afectado ya que por cada mujer que deja más de 19 meses hay una que su período intergenésico es menor a 18 meses. Siguiendo las que se embarazaron de 8 a 10 veces por que de 1.4 mujeres donde el periodo intergenésico es mayor a 19 meses hay una que su periodo es menor a 18 meses.

El número excesivo de embarazos ha sido descrito como un factor de riesgo para la salud materna y perinatal, en virtud de que a partir de la quinta gestación se encuentra un aumento sensibles de las tasas correspondientes de morbimortalidad.

Dicho aumento obedece a la mayor frecuencia de presentación de ciertas complicaciones obstétricas, entre las cuales destacan distocias de contracción, hemorragias anteparto y transparto y hemorragias postparto.

Entre otros problemas asociados con la multigravidez, debe mencionarse el efecto diabetogénico de los embarazos numerosos. Pero esto no era muy importante para la gente, ya que ellas se seguían embarazando por falta de información sobre los MA, lo que ocasionaba que algunas mujeres tuvieran abortos por multigravidez y por el estado de salud materna.

(Ver cuadro no. 19, pág. 59)

Con respecto a las opiniones que tienen las mujeres, sobre el intervalo intergenésico, el 55% opina que se debe dejar tres años entre un embarazo y otro, de estas el 37.86% deja un periodo mayor de 19 meses, el 13.57% de 12 a 18 meses, 2.86% de 6 a 11 meses y

0.71% menos de 6 meses; en segundo lugar el 31.43% dice que es de dos años de las cuales el 23.57% deja un período de más de 19 meses, el 6.43 de 12 a 18 meses y 0.71% de 6 a 11 meses y de menos de 6 meses respectivamente, como tercer lugar el 6.43% opina que es de un año, teniendo el 0.71% un período de 6 a 11 meses y mayor de 19 meses respectivamente y el 5% de 12 a 18 meses. Así mismo el 6.43% dice que no sabe pero el 3.57 deja un período mayor a 19 meses, y el 2.86% de 12 a 18 meses.

Como resultado tenemos que el rubro más afectado en primer lugar son las mujeres que opinan que el intervalo intergenésico es de un año, ya que por cada 8 mujeres que dejan un período menor a 18 meses, solo hay una que deja un período mayor a 19 meses, en segundo lugar están las mujeres que no saben, porque de cada cinco mujeres que dejan un período mayor a 19 meses hay cuatro que dejan un período menor a 18 meses. Y por último están las mujeres que opinan que el período es de tres años, ya que por cada dos mujeres que dejan un período mayor de 19 meses hay una que deja menos de 18 meses.

Un intervalo intergenésico ideal es de dos a tres años, ya que un intervalo intergenésico corto constituye un factor de riesgo, especialmente cuando es menor de 18 meses, lo anterior obedece a que los espacios intergenésicos breves se acompañan de fenómenos de depresión o deterioro nutricional materno que a su vez, se asocian a un aumento de la probabilidad de originar productos prematuros o de bajo peso al nacer, así como a un incremento de la mortalidad posneonatal.

(Ver cuadro no. 20, pág. 60)

Otro factor que influye en el intervalo intergestacional es el número de partos que han tenido las mujeres del módulo, obteniendo que el 53.58% del total han tenido de 2 a 4 partos, de las cuales el 36.43% tiene un período mayor de 19 meses, el 15% de 12 a 18 meses, 0.71% de 6 a 11 meses y el 1.43% menos de 6 meses. Por otra parte el 30.71% ha tenido de 5 a 7 partos, con un 20% que su período es mayor a 19 meses, 9.28% de 12 a 18 y el 1.43% de 6 a 11 meses. Siguiendo el 10.71% que han tenido de 8 a 10 partos y por último están las mujeres que han tenido más de 10 partos con 2.14% con 2.14% de estas el 1.43% dejó un período mayor a 19 meses y 0.71% de 6 a 11 meses.

Analizando los resultados se obtiene que el grupo más afectado son las mujeres que han tenido de 8 a 10 partos, porque de cada 9 mujeres que dejan un período mayor a 19 meses, siguiendo las mujeres que han tenido de 5 a 7 partos, ya que por cada 18 mujeres que dejan un período mayor de 19 meses hay una que deja menos de 18 meses, el siguiente grupo que se ve afectado son las mujeres que han tenido más de 10 partos por que cada 2 mujeres que dejan un período mayor a 19 meses hay una que deja un período menor a 18 meses, así como también las que han tenido de 2 a 4 partos, por dicha razón.

El parto natural es el episodio obstétrico durante el cual el producto de la concepción recorre el canal pelvigenital y sale al exterior mediante la acción de la actividad contractil uterina, sin embargo el tener muchas gestas ocasiona riesgos obstétricos al parto como parto prematuro o postmaduro, ruptura anticipada de las membranas, parto

precipitado o de larga duración, placenta previa o desprendimiento prematuro de la misma, cesárea entre otros.

(Ver cuadro no. 21, pág. 61)

Con respecto al número de cesáreas que han tenido las mujeres del módulo, el 7.86% del total ha tenido una cesárea dentro de las cuales el 5.72% su periodo es mayor a 19 meses y el 2.14% de 12 a 18 meses. El 3.57% ha tenido dos cesáreas de estas el 2.86% deja un periodo mayor a 19 meses y 0.71% de 6 a 11 meses. Por otra parte el 88.57% no ha tenido ninguna cesárea. Por lo tanto se analiza que el número de cesáreas no interfieren con el intervalo intergestacional.

Las cesáreas son un factor de riesgo cuya importancia mundial va en aumento, debido a que se ha incrementado la proporción de embarazos que terminan por vía abdominal a fin de preservar el bienestar del producto. Si bien el aumento en el número de cesáreas que se practica ha contribuido a reducir las tasas de mortalidad perinatal no debe olvidarse que conlleva ciertos riesgos para un embarazo futuro; por ejemplo la existencia de una o más cicatrices uterinas anteriores que se asocia con una mayor frecuencia de inserción baja de placenta, acretismo placentario y lesiones viscerales accidentales causadas por el procedimiento quirúrgico en si.

(Ver cuadro no. 22, pág. 62)

Otro factor de riesgo para la mujer, es el aborto y tenemos que el 23.57% del total ha tenido de uno a dos abortos, de estas el 18.57% deja un periodo intergestacional mayor a 19 meses, el 2.86% de 12 a 18 meses y el 2.14% de 6 a 11 meses. El 1.43% tiene de 3 a 4 abortos, con un 0.71% y un periodo de 12 a 18 meses y de más de 19 meses respectivamente y el resto de la población que es el 75% no ha tenido ninguna cesárea. En este caso podemos ver que la población más afectada son las mujeres que han tenido de 3 a 4 abortos ya que por cada mujer que deja un periodo mayor a 19 meses hay una que deja menos de 18 meses.

Un aborto en la vida reproductiva de la mujer, indica un factor de riesgo y puede ser una de las principales causas de muerte materna. En el caso del aborto espontáneo el peligro de recurrencia es especialmente potente del tercero en adelante y causa morbimortalidad materna principalmente por hemorragias graves, además de que ha sido asociado con muerte fetal temprana.

(Ver cuadro no. 23, pág. 63)

Con respecto al número de hijos que tienen actualmente las mujeres del módulo nos indica que el 58.58% del total tienen de dos a cuatro hijos, de esto el 40% cuenta con periodo de más de 19 meses, el 15.72% de 12 a 18 meses y el 1.43% de 6 a 11 meses y menos de 6 meses respectivamente. En segundo termino el 30.71% tiene de 5 a 7 hijos del

cual el 20% su periodo intergenésico es mayor a 19 meses, el 9.28% de 12 a 18 meses y el 1.43% de 6 a 11 meses. En tercer término el 9.28% tiene de 8 a 10 hijos, con un 5.71% que deja un periodo mayor a 19 meses, el 2.86% de 12 a 18 meses y 0.71% de 6 a 11 meses. Por último el 1.43% tiene más de diez hijos, del cual el 0.71% dejó un periodo mayor a 19 meses respectivamente.

Analizando los resultados se obtiene que el grupo más afectado es el que tiene más de 10 hijos, ya que por cada mujer que su periodo intergenésico es mayor a 19 meses hay una que es menor de 18 meses, siguiendo las mujeres que tienen de 8 a 10 hijos, porque de cada 8 mujeres que dejan un periodo mayor a 19 meses hay 5 que su periodo es menor a 18 meses, por último las mujeres que tienen de 5 a 7 hijos, ya que por cada 1.8 mujeres que dejan un periodo de más de 19 meses hay una que su periodo es menor a 18 meses.

Actualmente al contar con una numerosa familia, sin duda trae consigo grandes trastornos, el estadio de salud no se puede lograr para los padres y sobre todo para los descendientes si tenemos "Los hijos que Dios quiera", la familia se desajusta física y moralmente. Se acrecentan las obligaciones, el trabajo, la insatisfacción, la inseguridad económica, los problemas de todo tipo, es decir los padres se hacen menos felices y por lo tanto dejan de ser sanos. Además para los mismos hijos esto lleva consigo una deficiente alimentación, lo que a su vez ocasiona deficiencias físicas y mentales y una inadecuada instrucción.

(Ver cuadro no. 24, pág. 64)

CUADRO No. 1
EDAD MATERNA Y SU RELACIÓN CON EL PERIODO INTERGENÉSICO
DE MUJERES DEL MÓDULO DE ZACAPU, MICHOACÁN

EDAD MATERNA	PERIODO INTERGENÉSICO EN MESES									
	< 6 MESES Fc %	6 A 11 MESES Fc %	12 A 18 MESES Fc %	> 19 MESES Fc %	TOTAL Fc %					
20 A 23 AÑOS	1 0.71	2 1.43	1 0.71	3 2.14	7 05.00					
24 A 27 AÑOS			9 6.43	9 6.43	18 12.86					
28 A 31 AÑOS			5 3.57	20 14.29	25 17.86					
32 A 35 AÑOS	1 0.71	1 0.71	6 4.28	25 17.86	33 23.57*					
36 A 39 AÑOS		2 1.43	12 8.57	14 10.00	28 20.00					
40 A 43 AÑOS			5 3.57	14 10.00	19 13.57					
44 A 45 AÑOS		1 0.71	1 0.71	8 5.71	10 07.14*					
TOTAL	2 2.43	6 4.28	39 27.86	93 66.43	140 100.00					

Fuente: Cuestionario aplicado a mujeres del módulo de Zacapu, en Zacapu, Mich., Junio y Julio de 1996.

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%.

CUADRO No. 2
LA ESCOLARIDAD Y SU RELACIÓN QUE EXISTE
CON EL PERIODO INTERGENESÍCO

PERIODO INTERGENESÍCO EN MESES

ESCOLARIDAD D.	< 6 MESES		6 A 11 MESES		12 A 18 MESES		> 19 MESES		TOTAL	
	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%
PRIMARIA COMPLETA	2	1.43	1	0.71	7	5.00	26	18.57	36	25.71
PRIMARIA INCOMPLETA			4	2.86	26	18.57	52	37.15	82	58.58*
SECUNDARIA COMPLETA					2	1.43	3	2.14	5	3.57
SECUNDARIA COMPLETA					2	1.43	3	2.14	5	3.57
ANALFABETA			1	0.71	2	1.43	5	3.57	8	5.71
PROFESORES							4	2.86	4	2.86
TOTAL	2	1.43	6	4.28	39	27.86	93	66.43	140	100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100 %

CUADRO No.3 BIS.
LA OCUPACION DE LOS ESPOSOS DE LAS MUJERES DEL MODULO DE ZACAPU, MICH. Y SU RELACION CON
EL PERIODO INTERGENESICO

PERIODO INTERGENESICO EN MESES

OCUPACION	0 A 5 MESES Fc %	6 A 11 MESES Fc %	DE 12 A 18 MESES Fc %	19 MESES Fc %	TOTAL Fc %
CAMPESINO	2 1.43	5 3.57	23 16.43	46 32.86	76 54.29
OBRAERO			2 1.43	5 3.57	7 5.00
PROFESIONISTA				3 2.14	3 2.14
OTROS		1 0.71	12 8.57	38 27.15	51 36.43
MAS DE DOS RESPUESTAS			2 1.43	1 0.71	3 2.14
TOTAL	2 1.43	6 4.28	39 27.86	93 66.43	140 100.00

Fuente: La misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 3

LA OCUPACIÓN DE LAS MUJERES DEL MODULO DE ZACAPU, MICHOACÁN
Y SU RELACION CON EL PERIODO INTERGENÉSICO.

PERIODO INTERGENÉSICO EN MESES

OCUPACIÓN	< 6 MESES Fc %	DE 6 A 11 MESES Fc %	DE 12 A 18 MESES Fc %	> 19 MESES Fc %	TOTAL Fc %
HOGAR	2 1.43	6 4.28	39 27.86	90 64.29	137 97.86
HOGAR Y MAESTRA				3 2.14	3 2.14
TOTAL	2 1.43	6 4.28	39 27.86	93 66.43	140 100.00

Fuente: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 4
INGRESO ECONÓMICO SEMANAL DE LAS FAMILIAS, RELACIONADO CON EL
PERIODO INTERGENÉSICO

PERIODO INTERGENÉSICO EN MESES

INGRESO ECONÓMICO	≤ 6 MESES		DE 6 A 10 MESES		DE 12 A 18 MESES		> 18 MESES		TOTAL	
	Rc	%	Rc	%	Rc	%	Rc	%	Rc	%
DE 100 A 200 PESOS			4	2.86*	33	23.57	75	53.57	112	80.0
DE 201 A 300 PESOS	1	0.71			5	3.57	13	9.28	19	13.57
DE 301 A 400 PESOS			1	0.71	1	0.71	4	2.85	6	4.28
DE 401 A MAS	1	0.71	1	0.71			1	0.71	3	2.14
TOTAL	2	1.43	6	4.38	39	27.86*	93	66.43	140	100.00

Fuente: La misma del cuadro No. 1

Nota: * Se aumenta una centésima para redondear al 100%

CUADRO No. 5
ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES DEL MODULO DE ZACAPU
Y SU RELACION CON EL PERIODO INTERGENÉSICO

PERIODO INTERGENÉSICO EN MESES

ESTADO CIVIL	< 6 MESES		6 A 11 MESES		12 A 18 MESES		> 19 MESES		TOTAL	
	Ic	%	Ic	%	Ic	%	Ic	%	Ic	%
CASADO	2	1.43	6	4.28	37	0.0	91	0.0	136	97.14
UNION LIBRE					2	1.43	2	1.43	4	2.86
TOTAL	2	1.43	6	4.38	39	27.86	93	66.43	140	99.90

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Nota: Se agrega una centésima para redondear al 100%

CUADRO No. 6
ESTABILIDAD DE LA PAREJA RELACIONADA CON EL
PERIODO INTERGENÉSICO

PERIODO INTERGENÉSICO EN MESES

ESTABILIDAD DE LA PAREJA	< 6 MESES Fc. %	6 A 11 MESES Fc. %	12 A 18 MESES Fc. %	19 MESES Fc. %	TOTAL Fc. %
INESTABILIDAD	1 0.71		4 2.86	11 7.86	16 11.43
ARMONIA	1 0.71	6 4.29*	35 25.00	82 58.57	124 88.57
TOTAL	2 1.73	6 4.28	39 27.86	93 66.43	140 100.00

FUENTE: La misma del cuadro No. 1

NOTA: * Se agrega una centésima para redondear al 100%.

CUADRO No. 7
VALOR QUE LES DAN LAS MUJERES DEL MÓDULO DE ZACAPU
A SUS HIJOS Y SU RELACIÓN CON EL PERIODO INTERGENÉSICO

PERIODO INTERGENÉSICO EN MESES

VALOR QUE TIENEN LOS HIJOS	HASTA 6 MESES		DE 6 A 11 MESES		DE 12 A 18 MESES		DE 19 MESES		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%
PARA TRABAJAR	1	0.71	3	2.14	4	2.86*			8	5.71
PARA UNIR A LA PAREJA			14	10.0	28				42	30.00
SON PARTE DE LA FAMILIA	2	1.43	3	2.14	7		31	22.15*	43	30.72*
PARA QUE EN UN FUTURO LOS MANTENGAN			1	0.71	7		15	10.71	23	16.43*
NO CONTESTO							2	1.43	2	1.43
MAS DE DOS RESPUESTAS			1	0.71			8	5.71	22	15.71
TOTAL	2	1.43	6	4.28*	39	27.86*	93	66.43	140	100.00

Fuente: L misma del cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

CUADRO No. 8
IMPORTANCIA QUE LE DAN LAS MUJERES AL SEXO DE LOS HIJOS,
YA SEA MASCULINO O FEMENINO Y SU RELACIÓN CON EL PERIODO INTERGENÉSICO

PERIODO INTERGENÉSICO EN MESES

TIPO DE IMPORTANCIA ASIGNADA	≤ 6 MESES		7 A 11 MESES		12 A 18 MESES		19 MESES		TOTAL	
	Rc	%	Rc	%	Rc	%	Rc	%	Rc	%
SI	2	1.43	8	5.71	10	7.17	20	14.28		
NO			6	4.28	29	20.72*	83	59.29*	118	84.29*
NO CONTESTO					2	1.43			2	1.43
TOTAL	2	1.43	6	4.28	39	27.86	93	66.43	140	100.0

Fuente: La misma del cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

CUADRO No. 9
PREFERENCIA DEL SEXO MASCULINO O FEMENINO DE LOS HIJOS DE MUJERES
DEL MODULO DE ZACAPU, RELACIONADO CON EL
PERIODO INTERGENÉSICO

PREFERENCIA DE SEXO	PERIODO INTERGENÉSICO EN MESES						TOTAL			
	1-3 MESES Itc %	4-6 MESES Itc %	7-12 MESES Itc %	13-18 MESES Itc %	19 MESES Itc %	TOTAL Itc %				
MASCULINO	1	0.71		9	6.43*	11	7.86*	21	15.00	
FEMENINO				7	5.00	12	8.57	19	13.57	
AMBOS	1	0.71	6	4.28	22	15.72*	70	50.00	99	70.72*
NO CONTESTO				1	0.71				1	0.71
TOTAL	2	1.43*	6	4.28	39	27.86	93	66.43	140	100.00

Fuente: La misma del cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100 %

CUADRO No. 10
FAMILIARES CON LOS QUE HABITAN LAS MUJERES DEL MODULO
Y SU RELACIÓN CON EL PERIODO INTERGENÉSICO.

PERIODO INTERGENÉSICO EN MESES

FAMILIARES CON LOS QUE HABITAN	6 MESES Fc %	6 A 11 MESES Fc %	12 A 17 MESES Fc %	> 19 MESES Fc %	TOTAL Fc %
PADRES				1 0.71	1 0.71
SUEGROS	1 0.71	5 3.57		15 10.72*	21 15.00
HERMANOS				2 1.43	2 1.43
CUÑADOS				2 1.43	2 1.43
SOLOS	2 1.43	5 3.57	34 24.29*	71 50.71	112 80.00
OTROS				2 1.43	2 1.43
TOTAL	2 1.43	6 4.28	39 27.86	93 66.43	140 100.00

Fuente: La misma del cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

CUADRO No. 11.
 CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LAS MUJERES DEL MODULO, SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y SU
 RELACIÓN CON EL PERIODO INTERGENÉSICO.

CUADRO No. 11.
 CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LAS MUJERES DEL MODULO, SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y SU
 RELACIÓN CON EL PERIODO INTERGENÉSICO.

CONOCIMIENTOS SOPRE MÉTODOS ANTICONCEP- TIVOS	PERIODO INTERGENÉSICO									
	< 6 MESES FC %	6 A 11 MESES FC %	12 A 18 MESES FC %	19 MESES FC %	TOTAL FC %	TOTAL FC %				
SI	2	0.73	3	2.14	27	19.29*	76	54.28	108	77.14
NO			3	2.14	12	8.57	17	12.15*	32	22.86*
TOTAL	2	0.73	6	4.28	39	27.86	93	66.43	140	100.00

Fuente: La misma del cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

CUADRO No. 12
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS ACTUALMENTE POR LAS
MUJERES DEL MÓDULO Y SU RELACIÓN CON
EL PERÍODO INTERGENÉSICO.

MÉTODO USADO ACTUALMENTE	PERÍODO INTERGENÉSICO						TOTAL Ec. %
	2 a 6 MESES Ec. %	6 a 11 MESES Ec. %	12 a 18 MESES Ec. %	> 19 MESES Ec. %			
HORMONALES, ORALES E INYECTABLES	1 0.71	2 1.43	17 12.15*	39 27.86*	59	42.15	
D.I.U.	1 0.71		2 1.43	8 5.71	11	7.86*	
PRESERVATIVOS		2 1.43	2 1.43	10 7.15*	14	10.00	
MÉTODO DEL RITMO				3 2.14	3	2.14	
VASECTOMÍA			1 0.71		1	0.71	
O.T.B.			5 3.57	8 5.71	13	9.29*	
NINGUNO		2 1.43	11 7.86*	25 17.86*	38	27.14	
OTROS			1 0.71		1	0.71	
TOTAL	2 1.43	6 4.28	39 27.86	93 66.43	140	100.00	

Fuente: La misma del cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

CUADRO No. 13
RELIGIÓN DE LAS MUJERES DEL MODULO Y SU
RELACIÓN CON EL PERIODO INTERGENÉSICO.

RELIGIÓN	PERIODO INTERGENÉSICO						TOTAL FC %
	< 6 MESES FC %	6 A 11 MESES FC %	12 A 18 MESES FC %	19 MESES FC %	TOTAL FC %		
CATÓLICA	2	6	36	88	132	94.29	
TESTIGO DE JEHOVÁ			3		3	2.14	
EVANGÉLI CA				2	2	1.43	
NINGUNA				3	3	2.14	
TOTAL	2	6	39	93	140	100.00	
						62.86*	
						25.72	
						4.28	
						1.43	

Fuente: La misma del cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

CUADRO No. 14
INTERFERENCIA DE LA RELIGIÓN CON EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
Y SU RELACIÓN CON EL PERIODO INTERGENÉSICO DE LAS
MUJERES DEL MODULO DE ZACAPU

FRECUENCIA DE LA RELIGIÓN	PERIODO INTERGENÉSICO EN MESES						TOTAL Fc %
	0 MESES Fc %	1-3 MESES Fc %	4-6 MESES Fc %	7-9 MESES Fc %	10-12 MESES Fc %	13 MESES Fc %	
SI			5	3.57	6	4.29	11 7.86
NO	2	1.43	6	4.28	34	24.29*	87 62.14
TOTAL	2	1.43	6	4.28	39	27.86	93 66.43
							140 100.00

Fuente: La misma del cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

CUADRO No 16

MOTIVOS POR LOS QUE SE EMBARAZAN LAS MUJERES DEL MÓDULO DE ZACAPU Y LA RELACIÓN CON EL PERIODO INTERGENÉSICO.

MOTIVOS DE EMBARAZO	PERIODO INTERGENÉSICO						TOTAL	
	1-6 MESES IC %	6-11 MESES IC %	12-18 MESES IC %	19 MESES IC %	TOTAL	IC %		
DESEA TENER OTRO HIJO	2	1.43*	8	5.72*	49	35.00	59	42.15*
NO USABA MÉTODO ANTICONCEPTIVO	3	2.14	23	16.43*	28	20.00	54	38.57
LE FALLÓ SU MÉTODO ANTICONCEPTIVO	1	0.71	5	3.57	7	5.00	13	9.28
MÁS DE DOS RESPUESTAS	2	1.43*	3	2.14	9	6.43*	14	10.00
TOTAL	2	1.43	39	27.86	93	66.43	140	100.00

Fuente: La misma del cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

CUADRO No 17
INFLUENCIA DE LOS COMENTARIOS EN LA DECISION PARA TENER HIJOS Y LA RELACION QUE EXISTE CON EL PERIODO INTERGENESICO.

INFLUENCIA DE COMENTARIOS	PERIODO INTERGENESICO						TOTAL Fc. %	
	3 MESES Fc. %	6 MESES Fc. %	9 MESES Fc. %	12 A 18 MESES Fc. %	19 MESES Fc. %	TOTAL Fc. %		
SI				1	0.72*	3	2.86*	
NO	2	1.43*	6	4.28	38	27.14	90	64.29*
TOTAL	2	1.43	6	4.28	39	27.86	93	66.43
							140	100.0

Fuente: La misma del cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

CUADRO No 18
VALOR QUE TIENEN LOS PADRES AL TENER HIJOS, Y LA RELACIÓN QUE EXISTE CON EL PERIODO INTERGENESÍCO.

PERIODO INTERGENESÍCO

VALOR DE LOS PADRES	0-6 MESES IC	6-12 MESES %	1-2 AÑOS IC	2-3 AÑOS %	3-4 AÑOS IC	4-5 AÑOS %	5-6 AÑOS IC	6-7 AÑOS %	TOTAL IC
SER MAS MUJER	1	0.71		3	2.14				4
EL ESPOSO ES MAS HOMBRE			1	0.71		3	2.14		4
AMBAS COSAS	1	0.71	1	0.71	3	2.14	13	9.29*	18
NINGUNA DE LAS ANTERIORES			5	3.57	32	22.86*	77	55.00	114
TOTAL	2	1.43*	6	4.28	39	27.86*	93	66.43	140
									140
									100.0

Fuente: La misma del cuadro No 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100 %

CUADRO No. 19
NÚMERO DE EMBARAZOS QUE HAN TENIDO LAS MUJERES DEL MÓDULO DE ZACAPU, MICH. Y LA
RELACION QUE EXISTE CON EL PERÍODO INTERGENÉSICO.

NÚMERO DE EMBARAZOS	PERÍODO INTERGENÉSICO						TOTAL Fc %	
	< 6 MESES Fc %	6 A 10 MESES Fc %	12 A 18 MESES Fc %	> 18 MESES Fc %	TOTAL Fc %	TOTAL Fc %		
DE 2 A 4	2	1.43	18	12.86*	47	33.57	69	49.29*
DE 5 A 7		1.43	12	8.57	31	22.14	45	32.14
DE 8 A 10		0.71	8	5.71	13	9.29*	22	15.71
MÁS DE 10		0.71	1	0.71	2	1.43	4	2.86*
TOTAL	2	1.43	39	27.86	93	66.43	140	100.0

Fuente: La misma del cuadro No 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100 %

CUADRO No 20
OPINIONES QUE TIENEN LAS MUJERES DEL MÓDULO DE ZACAPU, MICH. SOBRE EL INTERVALO INTERGENÉSICO Y LA RELACIÓN QUE EXISTE CON EL MISMO.

OPINIONES SOBRE EL INTERVALO	PERIODO INTERGENÉSICO					TOTAL Fc %
	< 6 MESES Fc %	6 A 11 MESES Fc %	12 A 18 MESES Fc %	> 19 MESES Fc %		
MENOS DE UN AÑO				1	0.71	1 0.71
UN AÑO		1	7	5.00	1	9 6.43*
DOS AÑOS	1	1	9	6.43*	33	44 31.43*
TRES AÑOS	1	4	19	13.57	53	77 55.00
NO SABEN			4	2.86*	5	9 6.43
TOTAL	2	6	39	27.86	93	140 100

Fuente: La misma del cuadro No 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100 %

CUADRO No 21
NUMERO DE PARTOS QUE HAN TENIDO LAS MUJERES DEL MODULO DE ZACAPU Y SU RELACION CON EL
PERIODO INTERGENESICO.

NUMERO DE PARTOS	PERIODO INTERGENESICO						TOTAL	
	< 6 MESES Rc %	6 A 11 MESES Rc %	12 A 18 MESES Rc %	> 19 MESES Rc %	TOTAL Rc %			
DE 2 A 4	2	1.43	21	15.00	51	36.43*	75	53.58*
DE 5 A 7			13	9.28	28	20.00	43	30.71
DE 8 A 10			5	3.57	9	6.43*	15	10.71
MAS DE 10					2	1.43	3	2.14
NINGUNO					3	2.14	4	2.86
TOTAL	2	1.43	39	27.86	93	66.43	140	100

Fuente: La misma del cuadro No 1
 Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100 %

CUADRO No. 22
NUMERO DE CESÁREAS QUE HAN TENIDO LAS MUJERES DEL MODULO DE ZACAPU Y LA RELACIÓN CON EL PERIODO INTERGENÉSICO.

NUMERO DE CESÁREAS	PERIODO INTERGENÉSICO					TOTAL				
	2 MESES %	6 MESES %	12 A 18 MESES %	19 MESES %	TOTAL %					
NINGUNA	2	1.43	5	3.57	36	25.72*	81	57.85	124	88.57
UNA					3	2.14	8	5.72*	11	7.86
DOS			1	0.71			4	2.86*	5	3.57
TOTAL	2	1.43	6	4.28	39	27.86	93	66.43	140	100.0

Fuente: La misma del cuadro No 1.

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100%

CUADRO No. 24
No. DE HIJOS QUE TIENEN ACTUALMENTE LAS SEÑORAS Y SU
RELACIÓN CON EL PERIODO INTERGENÉSICO.

NO. DE HIJOS	PERIODO INTERGENÉSICO						TOTAL
	1-6 MESES Fc. %	6 A 11 MESES Fc. %	12 A 18 MESES Fc. %	19 MESES Fc. %	20 MESES Fc. %	TOTAL Fc. %	
DOS A CUATRO	2 1.43	2 1.43	22 15.72*	56 40.00	82 58.58*		
CINCO A SIETE		2 1.43	13 9.28	28 20.00	43 30.71		
OCHO A DIEZ		1 0.71	4 2.86*	8 5.71	13 9.28		
MÁS DE DIEZ		1 0.71		1 0.71	2 1.43		
TOTAL	2 1.43	6 4.28	39 27.86	93 66.43*	140 100		

Fuente: La misma del cuadro No. 1

Nota: * Se agrega una centésima para redondear al 100 %

3.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

En este trabajo se estudiaron los factores socioculturales y biológicos más frecuentes que influyen en la determinación del período intergenésico en mujeres del módulo de Zacapu, Michoacán.

Estos son:

* Con respecto a la edad materna y su relación con el período intergenésico encontramos que el grupo más afectado es el de las mujeres que tienen una edad de 20 a 23 años, ya que por cada tres mujeres que dejaron período intergenésico mayor a 19 meses, hay 4 que tienen menos de 18 meses.

Se sabe, que un período intergenésico corto es un factor de riesgo, especialmente cuando es menor de 18 meses, la edad ideal para la reproducción es de 20 a 29 años, ya que de los 30 a los 34 existen más riesgos.

* Con lo que respecta a la escolaridad, el rubro con mayor frecuencia son las analfabetas y los que cuentan con primaria incompleta, ya que por cada 2 mujeres que dejaron más de 19 meses entre un embarazo y otro, hay una que deja menos de 18 meses respectivamente.

La educación es un medio por el que los jóvenes pueden prepararse para integrarse a la sociedad en forma productiva y alcanzar mejores posiciones.

* El 54.29% del total de los esposos de las mujeres se dedican al campo y es el grupo más afectado, ya que por cada dos mujeres que tienen más de 19 meses en su período intergenésico, hay una que tiene menos de 18 meses. Sin embargo la mayoría de las mujeres se dedican al hogar son las más significativas ya que por cada 2 mujeres que su período intergenésico es mayor a 19 meses, hay una que deja menos de 18 meses.

La mayoría de los hombres se dedica al campo debido a las pocas fuentes de trabajo, por lo que se ven en la necesidad de emigrar, principalmente a Estados Unidos.

* Con lo que se refiere al ingreso económico encontramos que el grupo con mayor incidencia son los que ganan más 401 peso, ya que por cada 2 mujeres que dejan menos de 11 meses entre un embarazo y otro, hay una que deja más de 19 meses. En general para la mayoría de las familias el sueldo es bajo debido a que solo trabaja el esposo, y éste en su mayoría tiene un ingreso económico mensual entre 100 y 200 pesos.

* Con respecto a la estabilidad de la pareja, se obtuvo que el rubro más representativo son los que se encuentran en armonía, ya que por cada dos mujeres que su intervalo intergenésico es mayor a 19 meses hay una que su período es menor a 18 meses. En general en la mayoría de las parejas existe una estabilidad, ya que el esposo convive con su familia y el poco tiempo que pasa en su casa.

* Cada familia da un valor a los hijos dependiendo de la sociedad en que se encuentre, por ejemplo en este estudio se encontró que el grupo más afectado es el que opina que los hijos

son para trabajar, ya que por cada mujer que su período intergenésico es mayor a 19 meses hay una que tiene menos de 18 meses.

Algunos sujetos quieren hijos por su propia satisfacción, para tener a quién guiar y controlar, para lograr ganancias económicas, para mejorar su posición o también para garantizar que se contará con alguien quien los cuide en la senectud.

* Con respecto a la opinión de las mujeres sobre la importancia del sexo de los hijos, se encontró que el rubro con mayor frecuencia corresponde a las mujeres que no contestaron; ya que su período intergenésico es de 12 a 18 meses siguiendo las mujeres que le dan importancia al sexo porque de cada mujer que su período intergenésico es mayor a 19 meses hay una que tienen 18 meses.

Observamos que la mayoría de las mujeres si le da importancia al sexo ya que comentaban que las mujeres sufren más y los hombres les pueden ayudar a trabajar.

Por otro lado se obtuvo que las mujeres entrevistadas tenían predilección por el sexo masculino ya que de 11 mujeres que tienen un período intergenésico mayor a 19 meses hay 10 que dejaron menos de 18 meses.

En algunas sociedades los niños son muy preciados por el logro económico que brindan a su familia.

* Con respecto a los conocimientos que tienen las mujeres del módulo sobre los métodos anticonceptivos, se detecto que el grupo más representativo es el que no tiene conocimientos; ya que por cada mujer que deja más de 19 meses entre un embarazo y otro, hay una que deja menos de 18 meses.

En la actualidad es importante que la población tenga conocimientos sobre los métodos anticonceptivos ya que permiten a la pareja tener un período intergenésico más largo, evitar embarazos no deseados y reducir los riesgos maternoinfantil.

* Entre los métodos anticonceptivos utilizados por las usuarias; se observó que el grupo más afectado en relación con el período intergenésico, son los que tienen vasectomía y las que utilizan otro método (óvulos), ya que tienen un período de 12 a 18 meses respectivamente, así mismo las usuarias que se realizaron la OTB, por que de cada 2 mujeres que deja un período mayor a 19 meses, hay una que deja menos de 18 meses. Lo que se observó en las mujeres es que todavía existen mitos sobre los métodos anticonceptivos, por lo que algunas personas no los usan. Algunos de estos métodos son: que el DIU se adhiere a la cabeza del niño, en caso de embarazo, les ocasionan cáncer y las pastillas las dejan estériles.

Los servicios de planificación familiar son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad.

* En lo que se refiere a quién toma la decisión para tener un hijo se encontró que el grupo más significativo es el esposo quién toma la decisión, por que de cada 7 mujeres que tienen un periodo intergenésico de 12 a 18 meses hay 4 que dejan más de 19 meses.

* Dentro de los motivos por los que se embarazan las mujeres del módulo tenemos que la población más representativa con relación al periodo intergenésico son las que no utilizan los métodos anticonceptivos, ya que de cada mujer que su intervalo intergestacional es mayor a 19 meses hay una que su periodo es menor a 18 meses.

En la actualidad muchas parejas se encuentran ante la decisión de determinar si lo tendrán.

* De acuerdo al número de embarazos que han tenido las mujeres del módulo, el grupo con mayor número de casos son: las que se embarazan más de 10 veces, ya que por cada mujer que deja más de 19 meses hay una que deja menos de 18 meses entre un embarazo y otro.

El número excesivo de embarazos ha sido descrito como un factor de riesgo, para la salud materna y perinatal, en virtud de que a partir de la quinta gestación se encuentra un aumento sensible de las tasas correspondientes de morbimortalidad.

* Dentro de las opiniones que tienen las mujeres sobre el intervalo intergenésico; el grupo más representativo es el que opina que es de un año ya que por cada 8 mujeres que tienen un periodo menor de 18 meses sólo hay una que su periodo es mayor de 19 meses, siguiendo las mujeres que no saben, porque de cada 5 mujeres que su periodo es mayor a 19 meses hay 4 que su periodo es menor a 18 meses.

Un intervalo intergenésico ideal es de por lo menos de 18 meses, ya que un periodo corto constituye un factor de riesgo, especialmente cuando es menor a 18 meses, aumentando la probabilidad de originar productos prematuros o de bajo peso al nacer, así como un incremento de la mortalidad postneonatal.

* Con lo que se refiere al número de partos que han tenido las mujeres del módulo, el grupo que más incide en relación con el periodo intergenésico, son las que han tenido de 8 a 10 partos, ya que por cada 9 mujeres que han dejado un periodo mayor a 19 meses hay una que deja menos de 18 meses, siguiendo las mujeres que han tenido de 5 a 7 partos, ya que por cada 2 mujeres que su periodo es mayor a 19 meses, hay una que deja menos de 18 meses entre un embarazo y otro.

El parto natural es el episodio obstétrico durante el cual el producto de la concepción, recorre el canal pelvigenital y sale al exterior. Sin embargo el tener muchas gestas ocasiona riesgos obstétricos al parto.

* Entre los factores de riesgo para la mujeres esta el aborto, obteniéndose que el grupo más representativo, son las mujeres que han tenido de 3 a 4 abortos, ya que por cada mujer que deja un periodo mayor a 19 meses, hay una que deja menos de 18 meses entre un embarazo y otro.

Un aborto en la historia reproductiva de la mujer indica un factor de riesgo y puede ser una de las principales causas de muerte en la mujer.

* Por último el número de hijos que tienen actualmente las señoras, se encontró que el grupo más afectado son las que tienen más de 10 hijos ya que por cada mujer que su periodo intergestacional es mayor a 19 meses hay una que su periodo es menor a 18 meses, siguiendo las mujeres que tienen de 8 a 10 hijos, ya que de cada 8 mujeres que dejan un periodo mayor a 19 meses, hay 5 que su periodo es menor a 18 meses.

En la actualidad contar con una numerosa familia trae consigo numerosos trastornos, el estado de salud no se puede lograr para los padres y sobretodo para los descendientes.

4. ACCIONES
DE LOS
LICENCIADOS
EN
ENFERMERIA
Y
OBSTETRICIA

4. ACCIONES DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

A partir de las conclusiones expuestas se presentaran alternativas que se consideran para mejorar situaciones o buscar posibles soluciones a la problemática encontrada.

- * Dar platicas educativas a las mujeres en edad fértil, sobre riesgo reproductivo, para evitar embarazos a temprana y avanzada edad.
- * Recurrir a los grupos del INEA para que asistan a las comunidades a dar clases a la población adulta, que quiere seguir estudiando.
- * Hacer promoción del INEA en la población adulta especialmente analfabetas y con primaria incompleta, para que asistan a dichos grupos y así terminen una escolaridad.
- * Orientar a los campesinos sobre el aprovechamiento de sus cosechas ya sea para su autoconsumo, intercambio de productos o venta del mismo.
- * Solicitar apoyo al departamento de nutrición para dar platicas en las comunidades sobre alimentación, para que aprovechen sus propios recursos alimenticios.
- * Recurrir al DIF para que promuevan huertos familiares en las comunidades, y así mismo contribuir a su economía.
- * Realizar visitas domiciliarias para concientizar a la población sobre el trato hacia la mujer.
- * Dar platicas educativas a las parejas de la comunidad sobre paternidad responsable haciendo énfasis de lo que significa tener un hijo.
- * Dar platicas sobre lo que es una familia, los roles familiares de cada integrante y dinámica familiar.
- * Efectuar platicas educativas sobre planificación familiar para alargar el período intergenésico y evitar así embarazos no deseados, haciendo énfasis en los grupos de edad más afectados.
- * Capacitar a las auxiliares de salud en planificación familiar haciendo énfasis en consejería en relación al tema.
- * Hacer promoción a las usuarias de planificación familiar sobre métodos anticonceptivos, especialmente en el DIU, vasectomía y salpingoclasia (OTB).
- * Orientar a la población en edad fértil sobre embarazo y factores de riesgo durante el mismo.

- * Motivar a las auxiliares de salud para que brinden una mejor atención y realicen visitas domiciliarias especialmente en el control prenatal, para detectar complicaciones durante el mismo.
- * Dar pláticas sobre salud reproductiva a la población adolescente.
- * Realizar visitas domiciliarias para concientizar a la población para que asistan a las pláticas que se imparten en sus comunidades.
- * Orientar a los nuevos pasantes que lleguen a las nuevas comunidades sobre los avances que se tuvieron en las comunidades del módulo de Zacapu.

5. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CUESTIONARIO

OBJETIVO: Captar información para analizar la influencia de los factores socioculturales y biológicos más frecuentes que influyen en la determinación del periodo intergestacional, en mujeres del módulo de Zacapu Michoacán.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____

Edad: _____ Comunidad: _____

INSTRUCCIONES: Anote en el paréntesis de cada pregunta la letra que crea conveniente.

1.- ¿CÚAL ES SU ESCOLARIDAD? ()

- a) Primaria completa
- b) Primaria incompleta
- c) Secundaria completa
- d) Secundaria incompleta
- e) Analfabeta
- f) Otro, especifique _____

2.- ¿A QUE SE DEDICA ACTUALMENTE?

MUJER ()
HOMBRE ()

- a) Hogar
- b) Campesino
- c) Obrero
- d) Profesionista
- e) Otro, especifique _____

3.- ¿CUAL ES EL INGRESO SEMANAL DE SU FAMILIA? ()

- a) De 100 a 200 pesos
- b) De 201 a 300 pesos

- c) De 301 a 400 pesos
- d) De 401 a más

4.- ¿CUAL ES SU ESTADO CIVIL? ()

- a) Casado
- b) Unión libre
- c) Divorciado
- d) Viudo
- e) Otro, especifique _____

5.- ¿COMO SE LLEVA CON SU PAREJA? ()

- a) Inestabilidad
¿Porqué? _____
- b) Armonia
- c) Otro, especifique _____

6.- ¿PARA QUÉ CREÉ QUE SON LOS HIJOS? ()

- a) Para trabajar
- b) Para unir a la pareja
- c) Son parte de la familia
- d) Para que en un futuro los mantenga
- e) Otro, especifique _____

7.- ¿CREÉ QUE EL SEXO DE LOS HIJOS ES IMPORTANTE? ()

- a) Si ¿Porque? _____
- b) No ¿Porque? _____

8.- ¿QUÉ SEXO DE LOS HIJOS PREFIERE? ()

- a) Masculino ¿Porqué? _____
- b) Femenino ¿Porqué? _____

9.- ¿CON QUÉ FAMILIAR HABITA? ()

- a) Padres
- b) Suegros
- c) Hermanos
- d) Cuñados
- e) Solos
- f) Otros, especifique _____

10.- ¿TIENE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS? ()

- a) Si
- b) No

11.- ¿CUAL DE LOS SIGUIENTES METODOS ANTICONCEPTIVOS HA USADO ()

- a) Hormonales, orales e inyectables
- b) D.I.U
- c) Preservativos
- d) Método del ritmo
- e) Vasectomía
- f) O.T.B.
- g) Ninguno
- h) Otro, especifique _____

12.- ¿CUAL ES SU RELIGIÓN? ()

- a) Católica
- b) Protestante
- c) Testigo de Jehová
- d) Evangélica
- e) Otra, especifique _____

13.-¿SU RELIGIÓN INTERFIERE CON EL USO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ()

- a) Si ¿Cómo) _____
- b) No

14.- ¿QUIEN TOMA LA DECISIÓN PARA TENER UN HIJO? ()

- a) Usted
- b) Su esposo
- c) Ambos
- d) Familiares
- e) Otros, especifique _____

15.-¿CUANDO SE EMBARAZA ES PORQUE? ()

- a) Desea tener otro hijo
- b) No usaba método anticonceptivo
- c) Le fallo su método anticonceptivo
- d) Otro, especifique _____

16.- ¿LOS COMENTARIOS INFLUYEN PARA TENER HIJOS? ()

- a) Si ¿Como? _____
- b) No

17.- ¿CREÉ QUE EL TENER MÁS HIJOS ES? ()

- a) Ser más mujer
- b) Su esposo es más hombre
- c) Ambas cosas

d) Otro, especifique _____

18.- ¿CUANTAS VECES SE HA EMBARAZADO? ()

- a) De 2 a 4 veces
- b) De 5 a 7 veces
- c) De 8 a 10 veces
- d) Más de 10 veces

19.- ¿CUANTO TIEMPO CONSIDERA QUE DEBE DEJAR ENTRE UN EMBARAZO Y OTRO? ()

- a) Menos de 1 año
- b) 1 año
- c) 2 años
- d) 3 años

20.- CUANTO TIEMPO HA DEJADO ENTRE UN EMBARAZO Y OTRO? ()

- a) Menos de 6 meses
- b) De 6 a 11 meses
- c) De 12 a 18 meses
- d) Más de 19 meses

21.- ¿CUANTOS PARTOS HA TENIDO? ()

- a) De 2 a 4 partos
- b) De 5 a 7 partos
- c) De 8 a 10 partos
- d) Más de 10 partos

22.- ¿CUANTAS CESAREAS HA TENIDO? ()

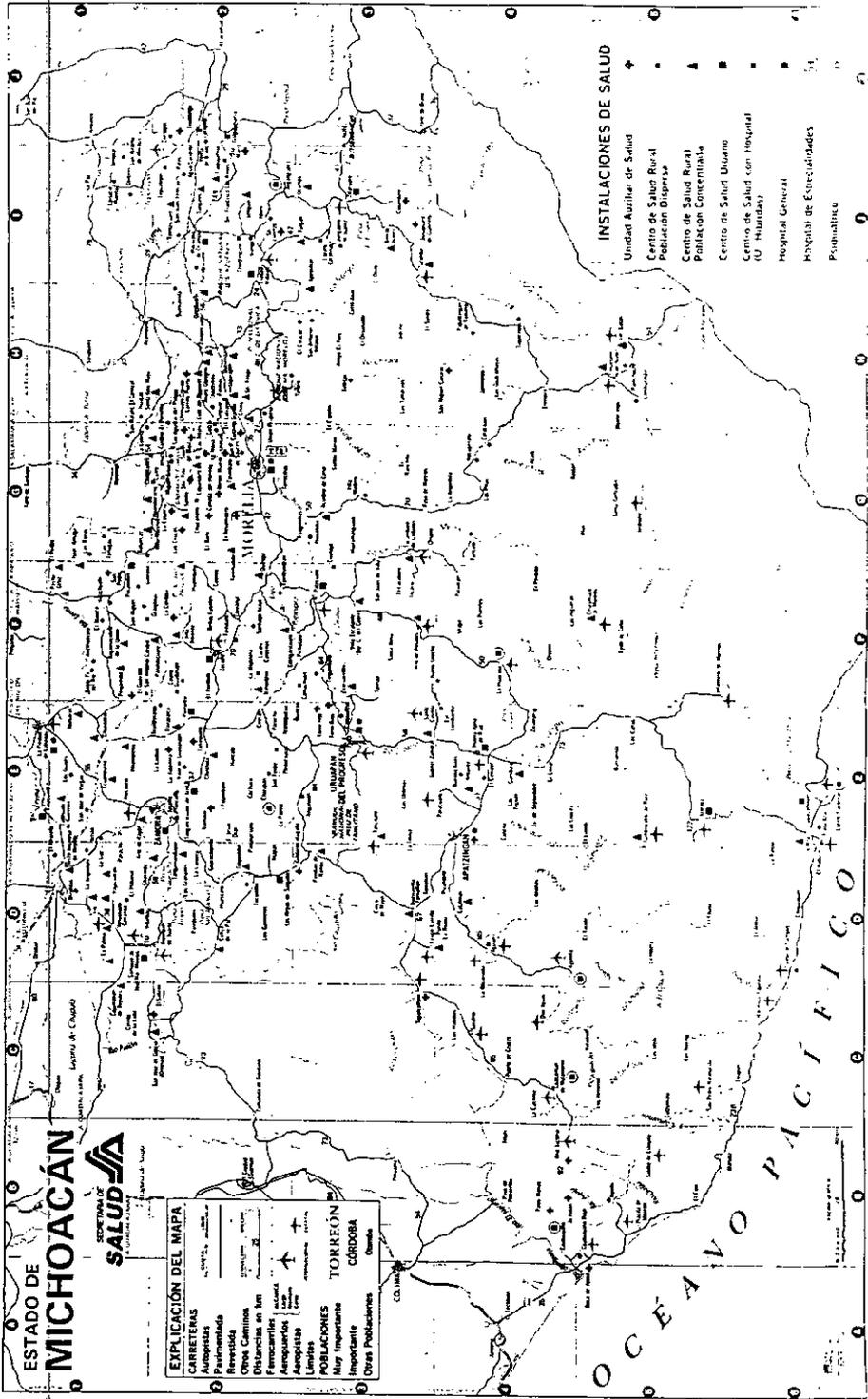
- a) Ninguna
- b) Una cesárea
- c) 2 cesáreas
- c) 3 cesáreas
- d) Más de 3 cesáreas

23.- ¿CUANTOS ABORTOS HA TENIDO? ()

- a) Ninguno
- b) 1 a 2 abortos
- c) 3 a 4 abortos
- d) 5 y más

24.- ¿CUANTOS HIJOS LE VIVEN? ()

- a) De 2 a 4 hijos
- b) De 5 a 7 hijos
- c) De 8 a 10 hijos
- d) Más de 10 hijos



ESTADO DE
MICHOACÁN



EXPLICACIÓN DEL MAPA

CARRTERIAS
 Carreteras
 Propuestas
 Ferrocarril
 Brevetada

Otros Caminos
 Distancias en Km
 Ferrocarriles
 Aeropuertos
 Líneas de Telégrafos

POBLACIONES
 Muy Importante
 Importante
 Otras Poblaciones

TORREÓN
CÓRDOBA
 Oaxaca

INSTALACIONES DE SALUD

Unidad Auxiliar de Salud
 Centro de Salud Rural
 Población Dispersa
 Centro de Salud Rural
 Población Concentrada
 Centro de Salud Urbano
 Centro de Salud con Hospital
 (U. Hospital)
 Hospital General
 Hospital de Especialidades
 Policlínica

GLOSARIO

ANOXIA. Insuficiencia del suministro de oxígeno a los tejidos a pesar de perfusión adecuada de los tejidos por sangre, suele emplearse como sinónimo de hipoxia para indicar disminución del aporte de oxígeno.

CIRCUNCISIÓN. Extirpación parcial o completa del prepucio.

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

CORIOAMNIONITIS. Inflamación de las membranas fetales.

CRITORQUIDIA. Defecto del desarrollo, en el cual uno o varios testículos no logran descender a las bolsas escrotales y permanecen dentro del abdomen o el conducto inguinal.

DESTETE. Interrumpir la alimentación del lactante al pecho, y sustituirla por otros hábitos alimenticios.

DISCRASIAS. Suele utilizarse para indicar un estado patológico, especialmente en el que entraña desequilibrio de los elementos componentes.

DISTOCIA. Parto anormal fetal, la que depende de la forma, las dimensiones o la posición del feto. Materna la que resulta de algún estado inherente a la madre. Placentaria, dificultad para el alumbramiento de la placenta.

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

EQUIMOSIS. Extravasión de la sangre en el interior de los tejidos, mancha hemorrágica pequeña, mayor que una petequia, en la piel o las mucosas que forma una palanca no elevada, redondeada irregular azul o púrpura.

ESTROGENO. Nombre genérico para compuestos esteroides que producen el estro, las hormonas sexuales femeninas.

FILARIASIS. Estado patológico causado por presencia de filarias en el cuerpo.

GRANULOMA. Masa o nódulo (tipo tumoral) de tejido de granulación con fibroblastos de crecimiento activo y focos de crecimiento capilar.

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

HIPOXIA. Disminución en el suministro de oxígeno a los tejidos, por debajo de las cifras fisiológicas a pesar de la perfusión suficiente de los tejidos por la sangre.

HISTEROMETRÍA. Medición del útero.

ISQUEMIA. Deficiencia del riego sanguíneo en una parte a causa de construcción funcional o destrucción real de un vaso sanguíneo.

MULTÍPARA. Mujer que ha tenido dos o más embarazos que dieron por resultado fetos viables, estuvieran o no vivos sus descendientes al nacer.

NULÍPARA. Que no ha dado a luz a un lactante viable.

PROGESTINA. Hormona del cuerpo lúteo.

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.

TOXEMIA GRAVIDICA. Grupo de alteraciones patológicas, en esencia trastornos metabólicos, que se producen en mujeres embarazadas y se manifiestan por preclampsia y eclampsia totalmente desarrollada.

TROMBOEMBOLIA. Obstrucción de un vaso sanguíneo con material trombótico transportado por la sangre, desde el sitio de origen, con taponamiento de otro vaso.

BIBLIOGRAFÍA

- Academia mexicana de investigación en demografía médica, Riesgo reproductivo 1, 1era. edición, 1986. Ed. A Midem. P.p. 61
- Beischer Alorman A. y Machay Eric V. Obstetricia práctica: con cuidados de recién nacidos. Ed. Interamericana, 1980
- Benson Ralph C. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico, 5ta. edición. Ed. El manual moderno, México, D.F. 1989. P.p. 1190
- Briones López, Fausto, Factores de riesgo reproductivo en mujeres con edad de 15 a 45 años, con vida sexual activa; Tesis grupal, México 1992. P.p. 277
- Casavilla Florencio, Guglelmono Pedro, Manual de Obstetricia, 1ra. edición. Ed. El ateneo, marzo de 1987. P.p. 716
- Catalá, Magda, El cuerpo de la psicología femenina, 1ra. edición. Ed. indigo, México, D.F. 1991. P.p. 193
- Clay Lindgred, Henry, Introducción a la psicología social, 5ta. reimpresión. Ed. trillas, enero 1984. P.p. 448
- Cooper, Jennifer, Fuerza de trabajo femenino urbano en México, Vol. 2, 1ra. edición, Coordinación de Humanidades UNAM, México D.F. 1989. P.p. 799.
- Dorland, Diccionario médico de bolsillo, 23ava. edición. Ed. interamericana, 1991, noviembre. P.p. 898
- Horton B., Paul, Sociología, 6ta. edición, Ed. interamericana, México, D.F. 1988. P.p. 606
- Mc Cary, leslie james, Sexualidad humana, Mc Cary, 4ta. ed. Ed. El manual moderno, México, D.F. 1994. P.p. 393

- Moto Salazar, Efraín, Elementos de Derecho, 33 edición. Ed. Porrúa, México, D.F. 1986. P.p.452
- Olds, Sally B., London Marcia L. Enfermería materno infantil, 2da. edición. Ed. Interamericana, México 1987. P.p.1287
- Organización panamericana de la salud, Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil, serie Paltex para ejecutores de programas de salud, Washington D.C., 1986
- Organo oficial del Instituto Nacional de Salud Pública, Salud pública de México, vol. 30. Ed. Una nueva época, enero-febrero 1988
- Presidencia Municipal de Zacapu, Michoacán, Administrativos, documentos varios, 1993
- Ruiz Velazco, Victor, Aspectos prácticos de los métodos de planificación familiar, 3ra. edición. Ed. Librería de Medicina, México, D.F. 1988 P.p.247
- Secretaría de Salud, Dirección General de Planificación Familiar, Cuaderno técnico de planificación familiar no. 12, 2da. edición, México, D.F. 1992. P.p. 203
- Secretaria de Salud, Norma oficial de los servicios de planificación familiar, 2da. edición, México, D.F. 1994. P.p. 64
- Servicios coordinados de salud pública en el estado de Michoacán, Boletín estadístico, 1995. P.p. 164
- Tubert, Silvia, Mujeres sin sombra, maternidad y tecnología, 1ra. edición. Ed. Siglo XXI, México, D.F. 1991 P.p. 288
- Watson Hawkin, Joellen, Enfermería Ginecológica y Obstétrica, 1ra. edición. Ed. Harla, México, D.F. 1984 P.p. 587