

22,
20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES EDUCATIVOS,
ECONOMICOS, SOCIALES, CULTURALES Y LOS NIVELES
DE INFORMACION SOBRE LOS METODOS
ANTICONCEPTIVOS PARA LA PLANIFICACION FAMILIAR
DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL EN ALGUNAS DE LAS
COMUNIDADES DEL MODULO DE TZIMOL EN COMITAN,
CHIAPAS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
ESPINOSA SALAS ANGELICA PATRICIA



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.

ASESOR ACADEMICO:



Vo. Bo. LIC. EZEQUEL CANELA NUNEZ

U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y ODONTOLÓGICA
COORDINACION DE SERVICIO
SOCIAL Y ORDENES TERMINALES
DE TITULACION

AGRADECIMIENTOS

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, por la formación académica que recibí de los maestros; que contribuyeron con sus conocimientos, consejos y práctica para la culminación de mi carrera.

Al Lic. Ezequiel Cancla Núñez por su valiosa asesoría, ayuda y paciencia que me brindó para la elaboración y término del presente trabajo.

Al personal que labora en la Jurisdicción Sanitaria III Comitán, Chiapas por el apoyo y colaboración que me proporcionaron en forma desinteresada durante el servicio social.

DEDICATORIAS

A DIOS

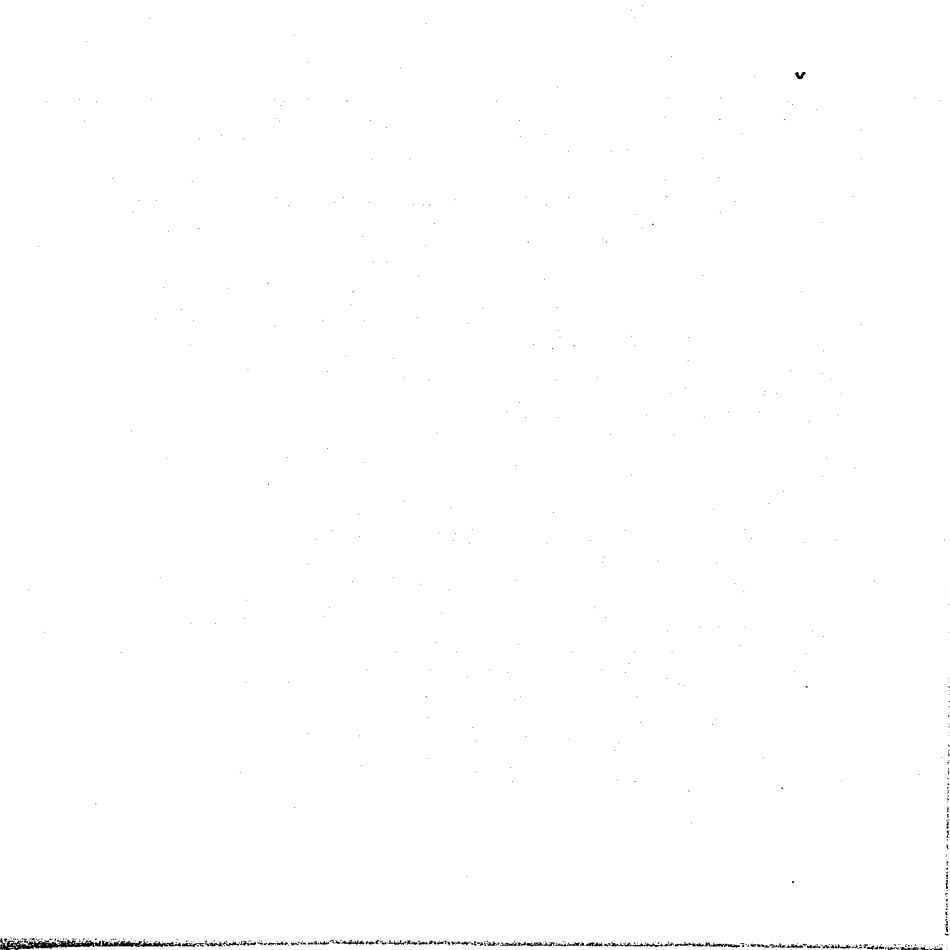
Por darme la vida, el amor
la esperanza y guíarme por
el camino de la generosi-
dad, humildad, pureza, pa-
ciencia, templanza, bondad
y trabajo para ejercer es-
ta profesión de la mejor -
manera.

A MI FAMILIA

Porque siempre han estado
conmigo en los momentos -
que los he necesitado, su
apoyo y confianza me die-
ron aliento y fuerza para
continuar adelante, por -
sus sabias palabras y por
demostrarme que puedo con-
tar con ellos en forma in-
condicional; porque uni-
dos compartimos esta meta.

A MIS AMIGOS

Porque a pesar del tiempo,
y la distancia nuestra ---
amistad aún perdura, por -
la gran motivación que he
encontrado en ellos para -
seguir y que de alguna ma-
nera contribuyeron a que -
se realizara uno de mis --
sueños.



I N D I C E

	<u>Pág.</u>
Introducción.....	1
Justificación.....	5
Objetivos.....	7
Metodología.....	8
1.- Marco Teórico.....	9
1.1. Programas Gubernamentales.....	9
1.1.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.....	9
1.1.2. Plan Nacional de Desarrollo.....	10
1.1.3. Ley General de Salud.....	11
1.1.4. Sistema Nacional de Salud.....	13
1.1.5. Ley General de Población.....	14
1.1.6. Reglamento de la Ley General de Población.....	15
1.1.7. Derechos Humanos relacionados con la población.....	16
1.1.8. Políticas sobre población.....	19
1.1.9. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar.....	19
1.2. Estrategia de Extensión de Cobertura.....	20
1.2.1. Antecedentes.....	20
1.2.2. Características del programa.....	21
1.2.3. Funciones de la auxiliar de salud.....	22
1.2.4. Subsistemas.....	23
1.2.4.1. Atención general.....	23
1.2.3.2. Atención Materno Infantil.....	24
1.3. Salud Reproductiva	27

1.3.1.	Concepto y objetivos.....	27
1.3.2.	La población actual y el crecimiento..	28
1.4.	Planificación Familiar.....	30
1.4.1.	Concepto y objetivos.....	30
1.4.2.	Planificación familiar y control de la fertilidad.....	31
1.4.2.1.	Servicios de planificación familiar...	32
1.4.2.2.	Importancia y beneficios de la planifi cación familiar.....	34
1.4.2.3.	Problemas que se pueden presentar al - no planificar.....	35
1.4.2.4.	Principales actividades de la planifi cación familiar.....	36
1.5.	Características generales de Tzimol..	41
1.5.1.	Localización.....	41
1.5.2.	Clima, flora y fauna.....	42
1.5.3.	Fiestas y costumbres.....	42
1.5.4.	Servicios públicos.....	44
1.5.5.	Recursos para la salud.....	45
1.6.	Factores Culturales.....	46
1.6.1.	Concepto de cultura.....	46
1.6.2.	Políticas culturales.....	46
1.6.3.	Costumbres.....	49
1.6.4.	Estado Civil.....	50
1.6.4.1.	Matrimonio.....	50
1.6.4.2.	Paridad.....	51
1.6.4.3.	Edad.....	51
1.6.5.	Religión.....	52
1.6.6.	Mujer.....	53
1.6.6.1.	Hábitos culturales de la mujer.....	54
1.6.6.2.	Creencias sobre la condición de la mu jer.....	56

1.7.	Factores sociales.....	59
1.7.1.	Concepto.....	59
1.7.2.	Nivel de vida.....	59
1.7.3.	Salud.....	60
1.7.4.	Seguridad social.....	65
1.7.5.	Vivienda.....	66
1.7.6.	Migración.....	69
1.7.7.	Comunidad.....	72
1.7.8.	Familia.....	74
1.7.8.1.	Hogar.....	76
1.7.8.2.	Actitudes al deseo de tener hijos.....	77
1.8.	Factores Económicos.....	79
1.8.1.	Concepto.....	79
1.8.2.	Productividad.....	80
1.8.3.	Ocupación.....	80
1.8.4.	Ingresos.....	82
1.9.	Factores Educativos.....	83
1.9.1.	Concepto.....	83
1.9.2.	Escolaridad.....	84
1.9.3.	Capacitación.....	85
1.9.4.	Nivel de información.....	85
1.10.	Métodos Anticonceptivos.....	86
1.10.1.	Definición y clasificación.....	86
1.10.2.	Hormonales orales combinados.....	87
1.10.2.1.	Formulación y presentación.....	87
1.10.2.2.	Efectividad anticonceptiva, duración - de la protección (anticonceptiva).....	88
1.10.2.3.	Indicaciones, contraindicaciones y <u>pre</u> cauciones.....	88
1.10.2.4.	Forma de administración y lineamientos generales para la prescripción.....	89
1.10.2.5.	Efectos colaterales y conducta a se---	

		1x
	guir en caso de presentarse.....	90
1.10.2.6.	Conducta a seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo.....	91
1.10.2.7.	Seguimiento de la usuaria.....	92
1.10.3.	Hormonales inyectables combinados.....	92
1.10.3.1.	Formulación, presentación.....	92
1.10.3.2.	Efectividad anticonceptiva y duración de la protección.....	93
1.10.3.3.	Indicaciones, contraindicaciones y precauciones.....	94
1.10.3.4.	Forma de administración, conducta a seguir en caso de uso irregular del método.....	95
1.10.3.5.	Efectos colaterales y conducta a seguir.....	96
1.10.3.6.	Lineamientos generales para la prescripción y seguimiento de la usuaria..	97
1.10.4.	Hormonales subdérmicos.....	98
1.10.4.1.	Formulación, prescripción.....	98
1.10.4.2.	Efectividad anticonceptiva, duración de la protección.....	98
1.10.4.3.	Indicaciones, contraindicaciones, precauciones.....	99
1.10.4.4.	Forma de administración, conducta a seguir en caso de presentarse problemas con los implantes.....	100
1.10.4.5.	Efectos colaterales y conducta a seguir.....	100
1.10.4.6.	Lineamientos generales para la prescripción, seguimiento de la usuaria..	101
1.10.5.	Dispositivo intrauterino.....	102
1.10.5.1.	Descripción, presentación, efectividad anticonceptiva, duración de la protección.....	102
1.10.5.2.	Indicaciones, contraindicaciones, pre-	

	cauciones.....	103
1.10.5.3.	Forma y tiempo de colocación, lineamientos generales para la prescripción.....	104
1.10.5.4.	Efectos colaterales y conducta a seguir.....	105
1.10.5.5.	Seguimiento de la usuaria.....	106
1.10.6.	Oclusión tubaria bilateral.....	107
1.10.6.1.	Descripción, efectividad anticonceptiva, duración de la protección.....	107
1.10.6.2.	Indicaciones, contraindicaciones, precauciones, tiempo de realización.....	107
1.10.6.3.	Lineamientos para la prescripción.....	108
1.10.6.4.	Efectos colaterales y conducta a seguir.....	109
1.10.6.5.	Seguimiento de la usuaria.....	109
1.10.7.	Vasectomía.....	110
1.10.7.1.	Descripción, efectividad anticonceptiva, duración de la protección.....	110
1.10.7.2.	Indicaciones, contraindicaciones, precauciones.....	111
1.10.7.3.	Efectos colaterales y conducta a seguir.....	111
1.10.7.4.	Seguimiento del usuario.....	112
1.10.8.	Métodos de barrera.....	113
1.10.8.1.	Descripción, efectividad anticonceptiva, duración de la protección.....	113
1.10.8.2.	Indicaciones, contraindicaciones, lineamientos para la prescripción.....	113
1.10.8.3.	Forma de uso, efectos colaterales, conducta a seguir.....	114
1.10.8.4.	Seguimiento del usuario.....	115
1.10.9.	Espermicidas.....	115
1.10.9.1.	Descripción, efectividad, duración de la protección.....	115

1.10.9.2.	Formulación, indicaciones, contraindicaciones y forma de administración....	116
1.10.9.3.	Lineamientos para la prescripción, --- efectos colaterales, conducta a se--- guir.....	117
1.10.9.4.	Seguimiento de la usuaria.....	118
1.10.10.	Métodos naturales y de abstinencia pe- riódica.....	118
1.10.10.1	Descripción, efectividad, duración de_ la protección anticonceptiva.....	118
1.10.10.2.	Indicaciones, contraindicaciones, pre- cauciones.....	119
1.10.10.3.	Forma de uso de los métodos naturales.	119
1.10.10.3.1.	Método de calendario.....	120
1.10.10.3.2.	Método de la temperatura.....	120
1.10.10.3.3.	Método del moco cervical.....	121
1.10.10.3.4.	Método sintotérmico.....	122
1.10.10.4.	Lineamientos para la prescripción, --- efectos colaterales y conducta a se--- guir.....	123
1.10.10.5.	Seguimiento de la usuaria.....	123
2.-	Resultados.....	128
3.-	Conclusiones.....	170
4.-	Alternativas de solución.....	176
5.-	Anexos.....	178
	Glosario de términos.....	183
	Bibliografía.....	193

INDICE DE CUADROS

<u>No.</u>	<u>TITULO</u>	<u>Pág.</u>
1	Mujeres en edad fértil y su relación con el uso de métodos anticonceptivos del Módulo de Tzimol que pertenece a la Jurisdicción III Comitán, en el Estado de Chiapas.	130
2	Estado civil de las mujeres en edad fértil y su relación con el uso de métodos anticonceptivos del Módulo de Tzimol que pertenece a la Jurisdicción III Comitán, en el Estado de Chiapas.	132
3	Grado de escolaridad con que cuentan las mujeres con vida sexual activa y su relación con el uso de métodos anticonceptivos del Módulo de Tzimol que pertenece a la Jurisdicción III Comitán, en el Estado de Chiapas.	134
4	Cursos que han tomado las mujeres con vida sexual activa y su relación con el uso de métodos anticonceptivos del Módulo de Tzimol que pertenece a la Jurisdicción III Comitán, en el Estado de Chiapas.	135
5	Religión de las mujeres con vida sexual activa y su relación con el uso de métodos anticonceptivos del Módulo de Tzimol que pertenece a la Jurisdicción III Comitán, en el Estado de Chiapas.	137
6	La aceptación en la religión de la planificación familiar entre las mujeres con vida sexual	

- activa y su relación con el uso de métodos anti conceptivos del Módulo de Tzimol que pertenece a la Jurisdicción III Comitán, en el Estado de Chiapas. 139
- 7 Ocupación que tienen las mujeres con vida sexual activa y su relación con el uso de métodos anticonceptivos del Módulo de Tzimol que pertenece a la Jurisdicción III Comitán, en el Estado de Chiapas. 141
- 8 Tipo de vivienda en la que habitan las mujeres con vida sexual activa y su relación con el uso de métodos anticonceptivos del Módulo de Tzimol que pertenece a la Jurisdicción III Comitán, en el Estado de Chiapas. 143
- 9 Número de años que tienen de vivir en Comitán - las mujeres con vida sexual activa y su relación con el uso de métodos anticonceptivos del Módulo de Tzimol que pertenece a la Jurisdicción III Comitán, en el Estado de Chiapas. 145
- 10 Tiempo que tienen las mujeres con vida sexual activa en su comunidad y su relación con el uso de métodos anticonceptivos del Módulo de Tzimol que pertenece a la Jurisdicción III Comitán, en el Estado de Chiapas. 147
- 11 Importancia que tiene la planificación familiar para las mujeres con vida sexual activa y su relación con el uso de métodos anticonceptivos del Módulo de Tzimol que pertenece a la Jurisdicción III Comitán, en el Estado de Chiapas. 149

- 12 Edad a la que se casaron las mujeres con vida sexual activa y su relación con el uso de métodos anticonceptivos del Módulo de Tzimol que pertenece a la Jurisdicción III Comitán, en el Estado de Chiapas. 151
- 13 Número de hijos que tienen las mujeres con vida sexual activa y su relación con el uso de métodos anticonceptivos del Módulo de Tzimol que pertenece a la Jurisdicción III Comitán, en el Estado de Chiapas. 153
- 14 Sexo de los hijos de las mujeres con vida sexual activa y su relación con el uso de métodos anticonceptivos del Módulo de Tzimol que pertenece a la Jurisdicción III Comitán, en el Estado de Chiapas. 155
- 15 La persona que decide el número de hijos que tienen las mujeres con vida sexual activa y su relación con el uso de métodos anticonceptivos del Módulo de Tzimol que pertenece a la Jurisdicción III Comitán, en el Estado de Chiapas. 157
- 16 Tipo de personas con que acuden las mujeres con vida sexual activa para informarse sobre la planificación familiar y su relación con el uso de métodos anticonceptivos del Módulo de Tzimol que pertenece a la Jurisdicción III Comitán, en el Estado de Chiapas. 159
- 17 Cantidad de métodos anticonceptivos que conocen las mujeres con vida sexual activa y su relación con el uso de los mismos del Módulo de Tzimol que pertenece a la Jurisdicción III Comi---

- tán, en el Estado de Chiapas. 161
- 18 Tipo de métodos anticonceptivos que conocen las mujeres con vida sexual activa y su relación -- con el uso de los mismos del Módulo de Tzimol - que pertenece a la Jurisdicción III Comitán, en el Estado de Chiapas. 163
- 19 Los métodos anticonceptivos que usaron las mujeres con vida sexual activa y su relación con el uso del método actual en el Módulo de Tzimol -- que pertenece a la Jurisdicción III Comitán, en el Estado de Chiapas. 165
- 20 Razones que tuvieron las mujeres con vida ---- sexual activa para cambiar de método y la relación que existe con el tipo de método anticon--ceptivo que usaban en el Módulo de Tzimol que - pertenece a la Jurisdicción III Comitán, en el Estado de Chiapas. 167
- 21 El gasto que realizan las usuarias y la rela---ción que existe con el lugar al que acuden para adquirir los métodos anticonceptivos en el Módulo de Tzimol que pertenece a la Jurisdicción -- III Comitán, en el Estado de Chiapas. 169

I N T R O D U C C I Ó N

En México existen cerca de 156,000 localidades rurales de las cuales 13,465 tienen entre 500 y 2,500 habitantes; la Secretaría de Salud tiene la responsabilidad de atender a la población abierta del país, la mayor parte de ella habita en el área rural, se encuentra diseminada en zonas geográficas de difícil acceso y es por ello que se les considera población rural dispersa.

Para atender a esta población la Secretaría de Salud cuenta con un programa denominado Estrategia de Extensión de Cobertura que brinda servicios básicos de salud, el esquema operativo consiste en la interacción entre el coordinador y las supervisoras de auxiliares de salud y ellas a su vez con las auxiliares de salud que son la base de la estructura.

La Universidad Nacional Autónoma de México creó un programa de servicio social en colaboración con la Dirección General de Salud Reproductiva para el beneficio de la sociedad, y de esta manera contribuir al desarrollo armónico del país, mejorando la atención que se brinda a la población rural dispersa, sobre todo en los estados de Guerrero, Hidalgo, Michoacán y Chiapas.

En el tiempo que se realizó el servicio social se pudo observar que a pesar de la existencia del programa de salud reproductiva que brinda la Estrategia de Extensión de Cobertura a las comunidades del Módulo de Tzimol en Comitán Chiapas, la población en edad fértil no goza de los beneficios que brinda; por lo anterior, la presente investigación se realizó con el propósito de conocer la influencia que tienen los factores sociales, educativos, económicos, culturales y los niveles de información que tienen sobre los métodos anticonceptivos las

mujeres en edad fértil y que les afectan en la toma de decisiones, para aceptar el uso de los mismos como parte de su vida y mejorar su salud reproductiva. En esto influirá de manera importante el hecho de que el ser humano no viva aislado y forme parte de una comunidad, que esté en contacto directo -- con el medio ambiente, la gente y cumpla con un rol dentro de la comunidad por muy pequeña que ésta sea.

La investigación ha sido estructurada de la siguiente forma:

Justificación, objetivos y metodología.- Como primera parte - se encuentra el marco teórico, en el cual se abarcan temas como los elementos gubernamentales y la estrategia de cobertura relacionados con los servicios que se prestan a la sociedad - en materia de salud reproductiva, las características generales de Tzimol, los factores culturales, sociales, económicos, educativos y los métodos anticonceptivos disponibles en la comunidad.

La segunda parte son los resultados obtenidos a través de las encuestas y plasmados en cuadros.

La tercera parte comprende las conclusiones a las que se llegaron, algunas de las cuales son: Las mujeres mientras más jóvenes son menos aceptan utilizar un método anticonceptivo y - conforme avanza la edad el porcentaje se iguala o aumenta a favor del uso; si tienen más educación, mayor es la aceptación; si realizan otra actividad fuera del hogar, todas son usuarias. La mujer de estas comunidades, mientras más grande se case, mayor es la aceptación, pero la edad promedio a la que se casan es entre los 15 - 19 años. El número de hijos y el sexo de los mismos influye para que la pareja acepte usar algún método, ellos tienen todos los hijos que desean juntos y posteriormente la mujer opta por la O.T.B.. Mientras más se conoce del tema, el porcentaje de usuarias aumenta, si no co-

nocen, no usan.

El tipo de personas que brinda este servicio y qué tan capacitado esté sobre el tema influirá para que las personas acepten un método. La accesibilidad de los servicios es otro factor, porque de cada seis personas que adquieren los métodos - gratuitamente una no obtiene el método anticonceptivo y esto depende directamente del lugar al que acuden para que se los proporcionen.

La cuarta parte son las alternativas de solución, algunas de las cuales son: Mejorar la educación que se brinda a los jóvenes en las comunidades rurales en cuanto a la salud reproductiva, se requiere concientizar y crear cambios de conducta a través de la capacitación continua de las auxiliares de salud en este tema.

Que la información que se brinde a la población sea veraz, -- oportuna, real y completa, haciendo énfasis en las mujeres no usuarias, unificar criterios para la prescripción, mejorar -- los servicios que se brindan y realizar seguimientos de las -- usuarias para verificar la efectividad anticonceptiva, fomentar la planificación familiar, tomando en cuenta los derechos humanos, sin forzar a la gente a usar anticonceptivos, sino -- dirigir los esfuerzos y recursos para orientar, educar y convencer que es para su propio beneficio y para el de su familia sin cambiar su forma de pensar, si esto no afecta su -- bienestar. Por último tenemos el glosario de términos, los -- anexos y la bibliografía correspondiente.

Por lo antes mencionado se observa que la importancia que tiene la participación del licenciado en enfermería y obstetricia en estas comunidades es muy grande ya que al realizar investigaciones en el área rural no sólo detecta los problemas de la localidad, sino que también plantea alternativas --

de solución a los mismos y con ello se trata de mejorar la -
atención que se brinda tanto cualitativa como cuantitativa a
la población en general aumentando su nivel de salud.

J U S T I F I C A C I O N

La Secretaría de Salud brinda la mayor parte de los servicios de salud a la población pero la dispersión de ésta se eleva - con un porcentaje aproximado de 98.3%; el trabajo para cum- - plir sus objetivos es mayor, es por ello que la Estrategia de Extensión de Cobertura es un instrumento para llevar los ser- vicios básicos de salud a las poblaciones rurales dispersas - mediante las auxiliares de salud del departamento de salud re productiva para proporcionar mejor calidad de vida a nuestras comunidades.

Es importante detectar los factores educativos, económicos, - sociales, culturales y los niveles de información sobre los - métodos anticonceptivos que influyen en la población en edad fértil, para poder aceptar la planificación familiar y de esta manera dar alternativas de solución por diferentes vías.

De acuerdo al porcentaje de dispersión, la magnitud del pro- blema es serio porque al no acudir con las auxiliares de sa- lud para recibir los servicios de planificación familiar y en especial la aceptación de los métodos anticonceptivos, la po- blación sigue aumentando sin control y el nivel o calidad de vida disminuye notablemente.

Es fundamental informar a la comunidad que dichos métodos son seguros para ellas y su pareja y con ellos no se está quebran- tando ninguna ley sino que es un servicio básico de salud que brinda la Secretaría de Salubridad y Asistencia para mejorar_ las condiciones de vida.

En el Módulo de Tzimol en Comitán, Chiapas, de 161 mujeres en edad fértil sólo 57 mujeres de dichas comunidades planifican_ su familia. Lo antes mencionado puede ser eliminado con los re

cursos que brindan las auxiliares de salud, porque éstas cuentan con lo necesario para que las mujeres en edad fértil no tengan limitaciones de ningún tipo para planificar su familia. El programa brinda métodos temporales (hormonales, orales, inyectables, preservativo, ovulos) definitivos (OTB, vasecto--mía) para las parejas que deseen un método; como ya sabemos, la decisión no es solo responsabilidad de la mujer.

O B J E T I V O

Analizar la influencia que tienen los factores educativos, - económicos, sociales, culturales y el grado de información - que tienen las mujeres en edad fértil, sobre los métodos anticonceptivos, para la aceptación del subsistema de planificación familiar en algunas comunidades del módulo de Tzimol_ en Comitán, Chiapas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Detectar la influencia de los factores educativos, económicos, sociales, culturales y sus repercusiones en la aceptación de la planificación familiar.
- Observar el grado de información que tienen las mujeres en edad fértil sobre métodos anticonceptivos.
- En base a la problemática encontrada, se plantearán al ternativas de solución.

M E T O D O L O G Í A

De acuerdo a la situación que se presenta en las comunidades se seleccionó un proyecto de investigación relacionado con el uso de métodos anticonceptivos. La investigación es de tipo socio-médica porque trata un problema de salud en un grupo de terminado de personas y de tipo analítico porque explica cómo interactúan los diferentes factores para que se de un fenómeno.

Se realizaron las siguientes actividades:

Para la integración del marco teórico se consultó diferente bibliografía (libros, revistas, tesis, investigaciones, etc.). La información necesaria para tal fin se concentró en fichas de trabajo.

La selección de la muestra se realizó a través de un censo general de población para determinar el número de mujeres en edad fértil de cuatro comunidades del módulo de Tzimol en Comitán Chiapas, obteniendo un total de 275 mujeres. Para fines de este estudio fueron excluidas las mujeres que estaban embarazadas y las que están registradas como usuarias activas. Se aplicaron un total de 161 encuestas al azar para captar la información de las variables, el procesamiento de la información se llevó a cabo por medio de paloteo, los resultados obtenidos se concentraron en cuadros.

El marco teórico y la observación del fenómeno sirvieron para plantear conclusiones y alternativas de solución para este fenómeno.

1.- MARCO TEÓRICO

1.1. ELEMENTOS GUBERNAMENTALES

Es importante mencionar que el Gobierno de la República se preocupa por el bienestar físico, psicológico y social de la población total del país, haciendo notar esas acciones con los siguientes elementos:

1.1.1. LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

Menciona que la esclavitud ha quedado suprimida, de tal modo todas las personas que pisan territorio mexicano se consideran en idénticas condiciones a las demás y quedan protegidas por las leyes.

Artículo 3o.- La educación que imparte el estado, la federación, los estados, los municipios; tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él, el amor a la patria, la conciencia de la solidaridad en la independencia y en la justicia.

Artículo 4o.- El varón y la mujer son iguales ante la ley, ésta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud; establecerá la concurrencia de la federa

ción y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna, decorosa, por lo tanto la ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.

Es deber de los padres preservar el derecho a los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental; la ley determinará los apoyos a la protección de los menores a cargo de las instituciones públicas.

Artículo 55.- A ninguna persona podrá impedírsele que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícito el ejercicio de esta libertad sólo podrá darse por determinación judicial cuando se ataque los derechos de terceros o por resolución gubernativa, dictado en los términos que marque la ley, cuando se ofendan los derechos de la sociedad, nadie puede ser privado del producto de su trabajo si no es por resolución judicial (1).

1.1.2.- EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1995-2000:

Propone 5 objetivos fundamentales

I.- Fortalecer el ejercicio pleno de la soberanía nacional, como valor supremo de nuestra nacionalidad y como responsabilidad primera del estado mexicano.

II.- Consolidar un régimen de convivencia social regido plenamente por el derecho donde la ley sea aplicada a todos por igual y la justicia sea la vía para la solución de los conflictos.

III.- Construir un pleno desarrollo demográfico con el que se

identifiquen todos los mexicanos y sea base de certidumbre_ y confianza para una vida política pacifista y una intensa_ participación ciudadana.

IV.- Avanzar a un desarrollo social que propicie y extienda_ en todo el país las oportunidades de superación individual_ y comunitaria bajo los principios de equidad y justicia.

V.- Promover un crecimiento económico vigoroso, sostenido y sustentable en beneficio de los mexicanos.

El plan comprende estrategias específicas para el establecimiento de un sistema nacional de seguridad pública con propósitos precisos de calidad. (2).

1.1.3. LA LEY GENERAL DE SALUD

En el título primero se menciona:

Artículo 10.- La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 20.- El derecho a la protección de la salud tiene las siguientes finalidades:

I.- El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.

II.- La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana.

III.- La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de las condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.

IV.- La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.

V.- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

VI.- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.

VII.- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Artículo 30.- En los términos de esta ley es materia de salubridad general:

I.- La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios.

II.- La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables.

IV.- La atención materno-infantil.

V.- La planificación familiar.

VIII.- La promoción de la formación de recursos humanos para la salud.

XI.- La educación para la salud (3).

1.1.4.- SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Artículo 60.- El Sistema Nacional de Salud menciona y tiene los siguientes objetivos:

- I.- Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daño a la salud con especial interés en las acciones preventivas.
- II.- Contribuir al desarrollo demográfico, armónico del país.
- III.- Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social.
- IV.- Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad así como la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez.
- V.- Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propician el desarrollo satisfactorio de la vida.
- VI.- Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud.
- VII.- Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionadas con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección.

VIII.- Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.

Artículo 23.- Para los efectos de esta ley se entiende -- por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad. (4)

Es obvio que los esfuerzos sistemáticos para hacer realidad los derechos humanos propugnados por las Naciones Unidas, requieren acciones conjunta y coordinada, por parte de todas las Secretarías de Estado y las Entidades Paraestatales, relacionadas con los aspectos de la población y bienestar social y hasta con las agencias internacionales. Sin embargo en vista de la limitada disponibilidad de recursos en los países especialmente los de incipiente desarrollo, cada uno de ellos debe hacer su propia jerarquización para satisfacer primero aquellos derechos que ante la evidencia de sus propias condiciones y necesidades tanto sociales como económicas reclamen atención prioritaria.

A continuación se citan algunos artículos tanto de la Ley General de Población como de sus reglamentos, en los cuales México ha presentado su propia interpretación, apoyo y jerarquización de los derechos humanos relacionados con la planificación familiar.

1.1.5.- LEY GENERAL DE POBLACIÓN EN MEXICO

Artículo 30.- La Secretaría de Gobernación dictará y ejecutará o en su caso promoverá ante la dependencia competente o entidades correspondientes, las medidas necesarias para:

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

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

1.1.6. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE POBLACIÓN

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

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

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

Artículo 22.- Los programas de planeación familiar informarán de manera clara y llana sobre los fenómenos demográficos y las vinculaciones de la familia con el proceso general de desarrollo e instruirán sobre los medios permitidos por las

leyes para regular la fecundidad.

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

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

Las leyes y reglamentos sobre la población responden al reto inmediato que plantean los problemas de la población y a la preocupación última de los derechos humanos.

En tal contexto, la planificación familiar debe considerarse no como una meta en sí, sino como un medio para alcanzar los derechos humanos fundamentales adecuados: Alimentación, salud, vestido, abrigo, educación, trabajo, recreación y seguridad en la vejez.

1.1.7.- DERECHOS HUMANOS RELACIONADOS CON LA POBLACIÓN

Enuncia catorce derechos humanos ya incorporados en diversos instrumentos legislativos (en la Segunda Conferencia sobre Población, organizada por Las Naciones Unidas celebrada en Tokio en 1972).

1.- Derechos a educación e información adecuada acerca de

la planificación familiar.

2.- Derecho de acceso a los medios para practicar la planificación familiar.

3.- Derecho a la igualdad de hombres y mujeres.

4.- Derecho a los hijos nacidos dentro o fuera del matrimonio a igual status legal y al apoyo y manutención adecuados por parte de los padres.

5.- Derecho al trabajo.

6.- Derecho a un sistema adecuado de seguridad social, incluyendo salud y la pensión por jubilación.

7.- Derecho a la liberación del hombre.

8.- Derecho a un nivel adecuado de vida

9.- Derecho a la liberación de la contaminación ambiental

10.- Derecho a la libertad de movimientos.

11.- Derecho a la privacidad.

12.- Derecho a la propia conciencia

13.- Derecho a la separación de la Iglesia y el Estado, del dogma y de la ley.

14.- Derecho a las formas legales, económicas y sociales para poner en práctica los derechos antes enunciados (5)

Otro aspecto importante al respecto es Justicia para los Pue

blos Indígenas, para que con independencia de los rasgos culturales o étnicos de quien acude a los órganos de procuración e impartición de justicia, la igualdad ante la ley se traduzca finalmente en igualdad en los hechos, el gobierno se compromete con la búsqueda y refuerzo de mecanismos que agilicen la administración de justicia en el caso de los pueblos indígenas.

Es preciso asegurar que el indígena mexicano cuenta con el apoyo legal para defenderse y que se represente a quienes -- por falta de conocimiento o medios para llevar su queja a la justicia no puedan tener acceso a ella.

Se buscaron los mecanismos para que los indígenas reciban -- respuestas prontas y en su idioma cuando ejerza el derecho -- de petición, de manera que puedan tener pleno conocimiento -- de los motivos y fundamentos del caso, así como de los trámites que deberá seguir, es imprescindible realizar una mayor -- y más eficaz difusión de sus deberes y derechos (6).

La impartición de justicia y la protección de los derechos -- humanos sigue siendo particularmente apremiante para los -- grupos indígenas que forman parte de nuestra población. Hoy -- en día la justicia no se aplica con igual eficiencia a los -- pueblos indígenas que al resto de los ciudadanos mexicanos.

El principio de la igualdad jurídica se ve vulnerado cotidianamente en el trato que recibe el indígena de parte de órganos del sistema de justicia. No obstante el reconocimiento -- constitucional de los pueblos indígenas como parte integral -- de la nación, sigue siendo evidente su bajo nivel de acceso -- a la procuración e impartición de justicia. Aún falta mucho -- por hacer para que la igualdad formal ante la ley se traduzca plenamente en igualdad ante la justicia para todos. (7).

1.1.8.- POLÍTICAS SOBRE POBLACIÓN EN MÉXICO

Las políticas sobre población en México están siendo diseñadas con el propósito de orientar a los individuos hacia el desarrollo de actitudes y conocimientos de manera tal que se pueda llegar a cambios de nivel conductual tanto en el área de reproducción, como de migración, los esfuerzos están dirigidos en áreas tales como salud reproductiva y en coordinación con políticas de otros sectores; por último tenemos:

1.1.9.- LA NORMA OFICIAL MEXICANA DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Dicha norma describe las disposiciones generales para la prestación de los servicios de planificación familiar e incluye tanto la selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, la identificación, el manejo, destacando los elementos de información, orientación y consejería, ya que dentro de las actividades de salud está el objetivo de unificar los criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, para que con absoluta libertad y respeto puedan realizar la selección adecuada de los métodos anticonceptivos y con ello acceder a mejorar las condiciones de bienestar individual, familiar y social. (8).

1.2. ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA

En los últimos 50 años el gobierno de la República Mexicana ha realizado esfuerzos crecientes para atender a la población más desprotegida que generalmente habita en localidades pequeñas y alejadas en el área rural; en virtud de que los asentamientos humanos dispersos dificultan la instalación de servicios de salud para satisfacer las necesidades de estas comunidades rurales.

1.2.1. ANTECEDENTES

Es importante resaltar que han sido múltiples y muy variadas las iniciativas que en materia de salud se han realizado en las áreas rurales tratando de involucrar a la comunidad en la resolución de sus propios problemas, para lo cual se formaron: El Programa de Extensión de Cobertura (PEC) y el Programa Comunitario Rural (PCR), ambos pertenecientes a la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Actualmente la Secretaría de Salud (SSA) tiene la responsabilidad de atender a la población abierta del país, la mayor parte de ella habita en el área rural.

Ante esta situación, en 1984 la Secretaría de Salud con base en la experiencia del Programa de Salud Rural (PSR) crea la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC), como una herramienta para llevar servicios básicos de salud, entre ellos la Planificación Familiar, para así procurar y mejorar el bienestar social.

Estos servicios básicos de salud se ofrecen a la población a través de un auxiliar de salud de la propia comunidad, --- quien con previa capacitación puede garantizar la cobertura

de estos servicios, una supervisora de auxiliar de salud -- quien tiene la responsabilidad de visitar la comunidad para revisar la forma en que llevan a cabo las tareas que tienen a su cargo el auxiliar, ayudarles en la prestación de servicios a la población, además de brindar capacitación en servicios para resolver sus dudas, proveerles de los materiales ne cesarios y recabar la información registrada en los calendarios de control, para poder alcanzar los objetivos de la --- E.E.C., es importante que estos servicios se proporcionen de manera ordenada y sistemática, mismos que deberán organizarse.

1.2.2. CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

Calidad, calidad: La prestación de servicios se otorgará a -- toda la comunidad con prioridad a los grupos más desfavoreci do pero al mismo tiempo en un marco de dignidad y trato huma no y accesibilidad económica.

Los servicios otorgados por la E.E.C., a las poblaciones cu-- rales dispersas son gratuitos.

Eficiencia: La auxiliar de salud recibe capacitación y aseso ramiento continuo por la supervisora de auxiliares de salud -- y el coordinador médico jurisdiccional, a fin de que se otog quen servicios de calidad a la población.

Escalonamiento por niveles: Los problemas de salud que no -- pueden resolverse en la comunidad serán referidos al primer nivel de atención con su respectiva contrareferencia.

Con el propósito de satisfacer las necesidades prioritarias -- en el ámbito de salud de la población que reside en el área rural se han puesto en operación las siguientes acciones:

Inserción y remoción de dispositivo intrauterino (DIU) de intervalo en comunidades rurales, desconcentración de la capacitación, información adecuada, educación y comunicación para la comunidad, adiestramiento en servicio para el personal que forma parte de E.E.C., convenido con la S.S.A. y el --- I.M.S.S./Solidaridad, así como con la Secretaría de Trabajo y Previsión Social (9).

1.2.3. FUNCIONES DE LA AUXILIAR DE SALUD

Tenemos que la auxiliar de salud es la persona que suministra los servicios básicos de salud y promueve medidas que mejoren las condiciones sanitarias. representa la base de la estructura operativa de la E.E.C., es seleccionada y propuesta por la propia comunidad, generalmente en las reuniones convocadas por el Comité de Salud, organismo creado en el seno de la misma para el impulso de acciones concretas que permiten mejorar las condiciones de salud de los habitantes de las comunidades.

El trabajo fundamental de la auxiliar de salud es:

- Proporcionar servicios básicos de planificación familiar y atención primaria a la salud.
- Lograr la participación solidaria de las comunidades en la satisfacción de sus necesidades de salud.
- Contribuir a formar una cultura de salud a través de acciones educativas y preventivas.
- Mantener actualizado el censo nominal y el seguimiento de la vigilancia epidemiológica simplificada.
- Atención materna e infantil en favor de la salud.

- Establecer coordinación con las autoridades locales pa
ra el desarrollo y realización de actividades comunita
rias.
- Informar por escrito las actividades que desempeña pa
ra la Estrategia de Extensión de Cobertura.

1.2.4.- SUBSISTEMAS

Para poder llevar los servicios básicos de salud a las comuni
dades rurales apartadas y dispersas del territorio mexicano, —
la Estrategia de Extensión de Cobertura brinda los siguientes
servicios:

1.2.4.1.- ATENCIÓN GENERAL

La atención a adultos consiste en efectuar la detección y vi-
gilancia de las mujeres durante el embarazo, parto y puerpe-
rio, la atención de casos de morbilidad local, primeros auxi-
lios y curaciones de heridas, aplicación de toxoide tetánico —
y referencia de pacientes.

Planificación Familiar: Consiste en efectuar la detección de —
riesgos reproductivos, brindar consejería sobre planificación
familiar a parejas usuarias y no usuarias; control, seguimien-
to y vigilancia de usuarias, educación y orientación en salud
reproductiva, visitas domiciliarias.

La atención a menores de cinco años en donde se incluye la --
asistencia al recién nacido, vigilancia y control del niño sa
no, promoción y aplicación de inmunizaciones, promoción de me
didas para evitar las diarreas y el uso de la hidratación ---
oral, prevención y control de las infecciones respiratorias -
agudas y somatometría.

Actividades varias.- Comprende sesiones educativas para la -- promoción y fomento de la salud, saneamiento básico como le-- trinización y potabilización del agua, promoción de acciones _ sociales para mejorar las condiciones de salud y para lograr _ la participación comunitaria. La supervisora y la auxiliar -- realizan de manera sistemática entrevistas, visitas domicilia _ rias y sesiones educativas con el apoyo didáctico correspon-- diente a las características culturales y tradicionales de -- cada localidad.

1.2.4.2.- ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL.

Artículo 61.- La atención materno-infantil tiene carácter -- prioritario y comprende las siguientes acciones:

I.- La atención de la mujer durante el embarazo, parto y -- puerperio.

II.- La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento _ y desarrollo incluyendo la promoción de la vacunación oportu-- na.

III.- La promoción de la integración y del bienestar fami--- liar.

Artículo 62.- En los servicios de salud se promoverá la orga _ nización institucional de comités de prevención de mortalidad materno e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y eva-- luar el problema y adoptar las medidas conducentes.

Artículo 63.- La protección de la salud física y mental de - los menores es una responsabilidad que comparten los padres, _ tutores o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos, el estado y la sociedad en general.

Artículo 64.- En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

I.- Procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios.

II.- Acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento a la lactancia materna y en su caso la ayuda alimentaria directa, tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno-infantil.

III.- Acciones para controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, los procesos diarreicos y las infecciones respiratorias agudas de los menores de cinco años.

Artículo 65.- Las autoridades sanitarias, educativas y laborales en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán:

I.- Los programas para padres destinados a promover la atención materno-infantil.

II.- Las actividades recreativas de esparcimiento y culturales destinadas a fortalecer el núcleo familiar y promover la salud física y mental de sus integrantes.

III.- La vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas.

IV.- Acciones relacionadas con educación básica, alfabetización de adultos, acceso al agua potable y medios sanitarios de eliminación de excretas.

Artículo 66.- En materia de higiene escolar corresponde a au
toridades sanitarias establecer las normas técnicas para pro-
teger la salud del educando y de la comunidad escolar, las au
toridades educativas y sanitarias se coordinarán para la apli-
cación de las mismas.

La prestación de los servicios de salud a los escolares se --
efectuara de conformidad con las bases de coordinación que se
establezcan entre las autoridades sanitarias y educativas com
petentes (10).

Cabe hacer la aclaración que el pasante en la Licenciatura en_
Enfermería y Obstetricia hace las mismas actividades que la -
supervisora de auxiliares de salud en cuanto a actividades --
técnico administrativas, con la diferencia de que además par-
ticipa en la capacitación en servicio de todas las auxiliares
de salud que integran su módulo en los diversos subsistemas -
de la Estrategia de Extensión de Cobertura.

1.3. SALUD REPRODUCTIVA

La salud reproductiva se maneja desde diferentes puntos de vista tales como social, psicológico y biológico, porque influye, el crecimiento de una población de acuerdo a los recursos disponibles, el acceso a los servicios de salud y educación, a una adecuada educación sexual del ser humano en todas sus etapas, las creencias de las personas, el estado civil y la madurez biológica, psicológica, de cada individuo, así como la susceptibilidad al riesgo de la mujer durante el embarazo.

1.3.1. CONCEPTO Y OBJETIVOS

El concepto de salud reproductiva se amplió y enriqueció por factores políticos, culturales, económicos, físicos y mentales de los individuos, por lo que tenemos que la salud reproductiva es el estado de completo bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción, así como en el ejercicio de la sexualidad.

Esto quiere decir que tiene un carácter integral donde las personas tienen la capacidad de reproducirse cuando lo crea oportuno, que puedan tener un embarazo, un parto y un puerperio sano, que los niños crezcan y se desarrollen en un ambiente saludable; además del derecho a una sexualidad plena con relaciones mutuamente satisfactorias sin temor a embarazos no deseados o a enfermedades de transmisión sexual.

Algunos de los principales problemas de salud reproductiva de la población mexicana son: Los embarazos en edades extremas de la vida reproductiva, el aborto, los períodos intergénicos, cortos, multigravidez, las enfermedades sexuales --

transmisibles y que traen como consecuencia una mayor incidencia de la morbilidad y la mortalidad materna e infantil. (11)

1.3.2. LA POBLACIÓN ACTUAL Y EL CRECIMIENTO

La población de México alcanzó 91 millones de habitantes en 1995, creciendo a un ritmo de 1.8% anual. La situación demográfica de México se ve aún marcada por el rápido crecimiento que tuvo la población hasta los años setenta. En efecto, hace 20 años la tasa de crecimiento de la población era de 3% anual, diez años después disminuyó a 2.6%.

El rápido crecimiento del pasado propició una distribución por edad de la población marcadamente joven, es decir con una alta proporción de niños y jóvenes. En la actualidad 3.6% del total de la población tiene menos de quince años de edad.

La disminución de mortalidad ha ocurrido de manera sostenida desde 1930 con marcados avances, uno de los componentes más importantes del aumento de la sobrevivencia es la disminución de la mortalidad infantil.

No obstante las considerables ganancias logradas en la sobrevivencia de los mexicanos persisten las desigualdades regionales y por grupos socioeconómicos, por ejemplo: El 60% de familias cuyas madres no tienen instrucción o no completaron la primaria. En este grupo por cada mil nacidos vivos ocurren 52 muertes infantiles, mientras que entre las madres con instrucción secundaria o superior esta proporción disminuye a 18 por mil.

Las diferencias entre entidades federativas son igualmente notables, por ejemplo: La mortalidad infantil en Oaxaca y Chiapas es 2.5 veces mayor que la del Distrito Federal o Nuevo León.

La reducción de la fecundidad que ha tenido lugar desde mediados de los años sesenta gradualmente primero y más marcadamente entre 1972 y 1982 es el principal determinante de la reducción de crecimiento de la población y de los cambios recientes en su composición por edad. En 1964 la tasa global de fecundidad disminuyó a 6 hijos, en 1984 a 4 hijos y en 1994 a 3 hijos por mujer, el factor más importante que acompaña esta disminución de la fecundidad es el aumento en la proporción de parejas que utilizan algún método anticonceptivo. En 1976 el 30% de las mujeres casadas o en unión libre utilizaban algún método de planificación familiar, a fines de 1992 esta proporción había alcanzado 63%.

Al igual que en la mortalidad, en la fecundidad persisten diferencias sumamente marcadas entre grupos socioeconómicos y regiones del país. En 1990 mientras que la tasa global de fecundidad nacional era de 3 a 4 hijos por mujer, entre las mujeres sin escolaridad era de 5.6 hijos.

En contraste entre las madres que cursaron algún año de educación básica o más, la fecundidad fue de 2.4 hijos, muy importantes diferencias de fecundidad ocurren también por tamaño de la calidad y por entidad federativa.

En el marco constitucional de respeto a la libertad de determinar el número y el espaciamiento de los hijos, el reto prioritario que persiste en el ámbito demográfico es propiciar la disminución de la fecundidad, en las regiones y los estratos de población de mayor rezago socioeconómico donde la tasa de crecimiento demográfico es aún demasiado alto. (12).

1.4. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar en México ha sido una piedra angular para alcanzar las metas, objetivos, de los programas nacionales de salud y de población, coadyuvando al desarrollo sostenible del país, aunque el programa ha logrado avances importantes, éste no ha sido homogéneo en todo el territorio nacional, existiendo rezagos importantes y ya emergen nuevos retos a la salud reproductiva y la planificación familiar.

1.4.1. CONCEPTO Y OBJETIVO

La planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos, el ejercicio de este derecho es independiente del género de la edad, el estado social o legal de las personas. (13).

El programa de planificación familiar forma parte de los servicios de atención a la salud y tienen carácter prioritario, los servicios que se prestan en esta materia, son un medio para el ejercicio de la planificación familiar.

El objetivo es ayudar a mejorar la salud de la población materna e infantil, contribuyen a la disminución de los niveles de fecundidad con pleno respeto a la decisión y dignidad de las parejas.

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

Para fines de este estudio determinaremos a continuación ---

cuál es la diferencia entre planificación familiar y control de la fertilidad. (14).

1.4.2. PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y CONTROL DE LA FERTILIDAD

Un programa de planificación familiar puede definirse como - la provisión de servicios de control de la natalidad con el fin de que los individuos puedan regular su fertilidad por razones de conveniencia personal o de bienestar económico. - En el pasado dichos servicios habían sido ofrecidos para fines muy diferentes, que fluctuaban desde obras caritativas hasta maniobras políticas, pero la única meta aceptable de la reducción de la fertilidad debe ser de absoluta seguridad, con el fin de aumentar el bienestar humano y reducir las tasas de crecimiento de población. Definido en estos términos todo un programa voluntario de planificación familiar solo puede ser un proceso de educación para el control masivo de la natalidad mediante la persuasión y la administración de los medios.

Por otro lado un programa de control de la fertilidad podría definirse como la reducción de las tasas de crecimiento de población a un nivel compatible con las aspiraciones socioeconómicas de la población. Esto implica mucho más que la provisión y la promoción de los servicios de control de la natalidad, también involucra el uso de influencias legislativas como medio para cambiar las actitudes sociales hacia los embarazos con el fin de reducir los ideales del tamaño de la familia.

Los servicios anticonceptivos es un programa de control de la fertilidad que abarcaría también medidas activas como la reducción del apoyo sociopsicológico a las grandes familias y aumento del mismo a las familias sin progenie, reajuste de las estructuras fiscales a favor de las parejas sin niños

o de los solteros, campañas educacionales para todas las edades contra las grandes familias, prórroga de la edad legal del matrimonio con medidas concomitantes reforzadoras, tales como alguna forma de conscripción, así como el desarrollo de sanciones sociales y legales para nuevas formas de unión --- sexual, el desarrollo del bienestar para el anciano y res---tructuración de las leyes de la herencia a favor de las mujeres, con el fin de eliminar la necesidad del sostenimiento familiar.

Un verdadero programa de control de la fertilidad abarca la posibilidad de utilización de medidas aún más impositivas tales como la medicación de las masas. El control de la fertilidad posee implicaciones más serias para la humanidad que los conceptos acogedores de la planificación familiar (15).

1.4.2.1. SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En México se rigen por lo siguiente:

Artículo 67.- La planificación familiar tiene carácter prioritario, en sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes.

Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número, todo ello mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Los servicios que se presten constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera li

bre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos con pleno respeto a su dignidad.

Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerza presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.

Artículo 68.- Los servicios de planificación familiar comprenden:

I.- La promoción y desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar_ y educación sexual con base en los contenidos y estrategias_ que establezca el consejo nacional de población.

II.- La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios_ de servicios de planificación familiar.

III.- La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores públicos, social y - privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de -- acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población.

IV.- El apoyo y fomento de la investigación en materia de - anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar_ y biología de la reproducción humana.

V.- La participación en el establecimiento de mecanismos - idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos_ destinados a los servicios de planificación familiar.

VI.- La recopilación, sistematización y actualización de la

información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

Artículo 69.- La Secretaría de Salud con base en las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población para la prestación de servicios de planificación familiar y de educación sexual, definirá las bases para evaluar las prácticas de métodos anticonceptivos, por lo que toca a su prevalencia y a sus efectos sobre la salud.

Artículo 70.- La Secretaría de Salud coordinará las actividades de las dependencias y entidades del sector salud para instrumentar y operar las acciones del Programa Nacional de Planificación Familiar, que formule el Consejo de Población de conformidad con las disposiciones de la ley general de población y de su reglamento y cuidará que se incorporen al programa sectorial.

Artículo 71.- La Secretaría de Salud presentará a través del Consejo Nacional de Población el asesoramiento que para la elaboración de programas educativos en materia de planificación familiar y educación sexual, le requiera el Sistema Educativo Nacional. (16).

1.4.2.2. IMPORTANCIA Y BENEFICIOS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR.

Contribuye al bienestar de la población mediante el cuidado de la salud de la madre, de los hijos y de la familia en general porque permite:

- Retardar el primer embarazo hasta que la mujer haya cumplido cuando menos 20 años de edad para tener el primer hijo, porque de esta manera nacerá sano y la madre estará preparada para cuidarlo.

- Evita los embarazos después de los 35 años de edad para que el último hijo nazca sano y la mujer no tenga problemas durante el embarazo, parto y puerperio.
- Ampliar el tiempo entre los embarazos a un mínimo de dos años, así el cuerpo de la mujer puede recuperarse del último embarazo y estar más sana y fuerte para cuando ella y su pareja deseen tener otro hijo.
- Cuidar la salud de la madre y de los hijos previniendo los embarazos de alto riesgo.
- Lograr el número de hijos que la pareja desee para un adecuado desarrollo familiar en condiciones de plena salud y bienestar.
- Mejorar las posibilidades de educación, vivienda, alimentación y vestido para los miembros de la familia.

1.4.2.3. PROBLEMAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR AL NO PLANIFICAR

Afectan sobre todo a la madre y al producto de la concepción, afectando con ello al núcleo familiar.

Si una mujer tiene el primer hijo antes de los 20 años puede presentarse problemas durante el embarazo y el parto, porque su cuerpo aún no se ha desarrollado plenamente, entre los que tenemos:

- Hipertensión causada por el embarazo, dificultades en el parto porque la pelvis de la mujer todavía es pequeña (desproporción cefálo-pélvica)
- Infecciones provocadas por las complicaciones del parto.

- El producto también puede presentar problemas, tales como:
 - Hipotrofia, peso menor de 2.1/2 Kgs.
 - Prematuridad, nacen antes de tiempo.
 - Dificultad para alimentarse al seno materno

Cuando pasa menos de 3 años entre un embarazo y otro, es más probable que aumenten las posibilidades de prematuridad e hipotrofia. Disminuye la posibilidad de una recuperación en el aparato reproductivo de la mujer.

Aumenta la posibilidad de morbi-mortalidad materno-infantil.

Los hijos de las mujeres mayores de 35 años tienen más posibilidades de nacer con defectos como: Síndrome de Down, labio leporino, defectos cardíacos, y la mujer tiene más posibilidades de tener sangrados hacia el final del embarazo o en el parto.

Lesiones en los ligamentos que sostienen al útero (prolapso uterino).

Infecciones provocadas por las complicaciones del parto (17)

1.4.2.4. PRINCIPALES ACTIVIDADES DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En la cual se presentan problemas frecuentes, es la distribución de los métodos, porque tiene aspectos particulares y la necesidad de que se desarrollen modelos para hacer llegar los métodos a los usuarios actuales y potenciales, por medio de un conjunto de instituciones, empresas y personas entre las cuales hay dependencias recíprocas y están empeñadas en las tareas de movilizar estos artículos desde su punto de concepción, extracción o producción hasta los puntos de con-

sumo.

En calidad de intermediarios aumentan la eficiencia del intercambio entre los fabricantes de los bienes o fabricantes de ideas y los consumidores, debido a que ajustan la discrepancia de dimensiones entre la producción de masa y el consumo individual, mediante procesos de selección que entresacan, acumulan, asignan y surten.

Sus actividades ordenadas permiten que las transacciones se vuelvan rutina y faciliten el encuentro entre vendedores y compradores o entre prestadores de servicios y usuarios del mismo, suministrando los satisfactores en el tamaño, plazo de espera, condiciones de embarque y variedad de métodos existentes para satisfacer las variadas circunstancias de los usuarios.

Un aspecto de particular importancia en los canales de distribución tanto comercial como de servicios públicos es la comunicación y coordinación de las diferentes entidades y personas que intervengan para la alimentación y retroalimentación de datos para ponerlos en conocimiento de todos aquellos interesados en el sistema.

Todos estos planteamientos son aplicables a las campañas de planificación familiar para que sean dirigidas, adecuadas y compatibles.

La dirección supone su diseño para el grupo social o segmento de mercado, meta del programa y supone también que los integrantes de dicho grupo social conocen a dónde ir, cuándo ir y cómo actuar para solicitar el servicio.

Los servicios de educación sobre planificación familiar deberán estar acorde a una educación eficiente y eficaz, diseñada

da a las costumbres, idiosincrasias, tradiciones, etc., del lugar.

El sistema nacional de distribución de los productos anticeptivos que se propone, consistiría de la venta directa que los laboratorios hicieran al gobierno federal; del almacén principal ubicado en una ciudad importante, se distribuiría a almacenes regionales estratégicamente ubicados en el país, de éstos se distribuirían a almacenes estatales y desde dichos almacenes se equivaría de distribuidores móviles o ambulantes se encargarían de hacer llegar los productos a los distribuidores locales.

En las zonas urbanas desarrolladas, los distribuidores serán clínicas, farmacias, centros privados, en las zonas urbanas marginadas se requeriría de un red más amplia, extensa y penetrante, formada por clínicas de comunidad, centros privados, farmacias, promotoras directas y otras privadas que en el programa se planteó como familiar, estratificación representativa a sus necesidades, en las zonas rurales los distribuidores serían las clínicas rurales, las bacterias y comedores, los encargados de ir de las diversas localidades y los promotores directos.

Este medio pone el mayor énfasis en el trabajo rural y en las zonas marginadas de las ciudades, donde el procedimiento temerario plantea una problemática mayor. Creemos que en las áreas desarrolladas de las ciudades, la distribución es menos difícil porque la venta ya depende de productores individuales y los buses, pero en las zonas marginadas tanto de tipo rural o urbano, la labor es más lenta, pues habrá que convencer a la población acerca del uso de los métodos, haciéndoles saber qué son, cuáles son, cómo son, para qué son, etc. Esta área requiere trabajo constante, creatividad, entusiasmo, buena organización, estrecha supervisión y con-

da a las costumbres, idiosincracias, tradiciones, etc., del lugar.

El sistema nacional de distribución de los productos anticonceptivos que se propone, consistiría de la venta directa que los laboratorios hicieran al gobierno federal; del almacén principal ubicado en una ciudad importante, se distribuiría a almacenes regionales estratégicamente ubicados en el país, de éstos se distribuirían a almacenes estatales y desde dichos almacenes un equipo de distribuidores móviles o ambulantes se encargarían de hacer llegar los productos a los distribuidores propiamente.

En las zonas urbanas desarrolladas, los distribuidores serán clínicas, farmacias, médicos privados; en las zonas urbanas marginadas se requeriría de una red más variada, extensa y penetrante, formada por clínicas de seguridad social parteras, farmacias, promotoras directas y médicos privados que el programa de planificación familiar contratara expresamente a sus propósitos. En las zonas rurales los distribuidores serían las clínicas rurales, las parteras o comadronas, los encargados de salud de las diversas localidades y los promotores directos.

Este modelo pone el mayor énfasis en el ámbito rural y en las zonas marginadas de las ciudades, donde el crecimiento demográfico plantea una problemática mayor. Creemos que en las áreas desarrolladas de las ciudades, la distribución es menos difícil porque la gente ya conoce los productos anticonceptivos y los busca, pero en las zonas marginadas tanto de tipo rural o urbano, la labor va a ser árdua, pues habrá que convencer a la población acerca del uso de los métodos, haciéndoles saber qué son, cuáles son, cómo son, para qué son, etc. Esta área requiere trabajo intenso, creatividad, entusiasmo, buena organización, estrecha supervisión y con-

trol eficaz, por ello es que se recomiendan dos tipos de distribución: La permanente y la móvil. (18)

La accesibilidad: En un lugar y en un momento determinado incluye aquellas características de recursos que facilitan u - obstaculizan la utilización por parte de los clientes potenciales.

Se distinguen dos clases de accesibilidad, la socio-organizacional y la geográfica.

a) Accesibilidad socio-organizacional son todas las características de los recursos que no son de carácter especial y que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del cliente para obtener la atención, por ejemplo sexo, color, especialización, capacidad económica. La distancia de los servicios de salud: se encuentra la gente que no busca atención en la instalación más cercana sino que se desplaza a la que le sigue en distancia y esto varía según el nivel de educación y de ingresos, la preferencia de los clientes, características de la población, prestigio de la clínica, preferencia religiosa

b) Accesibilidad geográfica puede calcularse de muy diversas maneras según el propósito que se tenga en particular, - utilizando las siguientes medidas:

- 1.- Distancia lineal
- 2.- Distancia de traslado
- 3.- Tiempo total transcurrido
- 4.- Costo del traslado

Familiaridad con la ruta, el sufrimiento y la incomodidad -- causados por el traslado, aspectos climáticos, medios de transporte, etc.; por estas mismas razones, los servicios de salud no están distribuidos de acuerdo a la potencialidad de

los clientes, sino a la accesibilidad geográfica para brindar éstos.

1.5. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE TZIMOL.

El Municipio de Tzimol colinda con Comitán de Domínguez al norte y al este con La Trinitaria, al suroeste con Chicomuselo, y con Socoltenango al oeste. Las localidades que forman parte del municipio son: San Vicente, Ocnusjob, La Mezilla, Héroes de Chapultepec, Felipe Angeles, Francisco Villa, Venlasco Suárez, Reforma Agraria I, Reforma Agraria II, Leningrado, Linda Flor, Guadalupe Victoria y Nueva Libertad.

1.5.1. LOCALIZACIÓN

El rico y fértil Municipio de Tzimol está ubicado en la zona del Grijalva, según la clasificación hidrográfica considerada como la más acertada para Chiapas. El nombre de Tzimol -- significa "PERRO VIEJO". Además, la gente que vive en Tzimol es descendiente de los antiguos habitantes de ESCUINTENANGO, que significa "LUGAR FORTIFICADO DE LOS PERROS". Algunos investigadores opinan que de Comitán bajaron varias familias -- (Gordillo, Abadía, Pinto, Guillén), para fusionarse con los nativos de Tojo Labales y formaron el actual pueblo de Tzimol.

La superficie Municipal se constituye en un 60% por terrenos planos y semiplanos, el restante por terrenos accidentados -- que se localizan en el extremo norte del Municipio.

Los tipos de suelo predominantes son: Litosol, regosol, acrisol. De su área corresponde el 40% de terreno ejidal, el 40% propiedad privada, el 15% de terrenos acumulables y el 5% -- de terrenos nacionales.

Hidrografía. -- El extremo sur del Municipio está ocupado por el embalse de la Presa la Angostura, formado por el alto Grijalva, cuyo principal afluente en el territorio de Tzimol es

el Río San Vicente; complementa este renglón la Laguna Es---
quel.

1.5.2. CLIMA, FLORA Y FAUNA

Clima.- En la parte norte, que es la parte más alta del Mu-
nicipio, se presenta el clima semicálido-húmedo con lluvias_
en verano, en la zona restante es cálido-subhúmedo, también_
con lluvias en verano. La cabecera registra una temperatura_
media anual de 24.5°C., y una precipitación pluvial de ----
1,000 milímetros al año. La dirección de los vientos es de -
oriente a poniente.

Flora y Fauna

La flora característica del Municipio la comprenden las espe-
cies de cupape, cepillo, camarón, guaje, huisache, ishcanal,
mezquite, nanche y sospó.

La fauna es boa, talsa nauyaca, iguana de roca, correcaami--
nos, chachalaca, gavián, mochuelo rayado, ganado caballar,
porcino, ovino, bovino, caprino, ave de corral, guajolotes,--
gallinas, palomas, canarios y loros, perros y gatos.

Fauna nosiva: Chinchas, piojos, pulgas, cucuarachas, moscas,
mosquitos, zancudos, garrapatas, alacranes, arañas, viuda --
negra, ratas de campo, murciélago.

1.5.3. FIESTAS Y COSTUMBRES

Fiestas populares. En marzo, la Primavera; en Mayo, la Santa_
Cruz; en Agosto, Santo Domingo que es el patrón del pueblo;
en Septiembre, La Patria; en Diciembre, La Virgen de Guadalu-
pe y la Navidad. Las leyendas son: La llorona, los duendes,-
los caschojes, el nahual, el sombreroñ y la mala mujer.

Tradiciones y costumbres: Durante las festividades navideñas que se escenifican en la Iglesia de Santo Domingo, una persona "roba" al niño Dios y la misma tiene a su cargo la celebración de la "sentada", en su domicilio, entrada de las velas y flores.

Alimentos: Mole, carne adobada, chanfaina, barbacoa, chinculguaje, batido, guaquijote, contua.

Dulces: Trompada, miel de caña peroladas, chimbo, miel de abeja, calabaza, alfinique, acitrón y tzolito.

Bebidas: Agua de caña, pulque, jocoatol, atole agrio, pino-le, chocolate, comiteco y pozol.

Arquitectónicos: El templo de Santo Domingo, Guadalupe, El Rosario, Planta Hidroeléctrica, Palacio Municipal.

Población: La población total estimada para 1995 fué de ---- 11,736 habitantes, según encuestas realizadas, así como por el censo realizado a toda la comunidad con ayuda del I.M.S.S. y la S.S.A., de la total del Estado y 0.55% de la Nacional.- Teniendo una tasa anual de crecimiento entre 1994 al 2004 -- del 1.2%.

La densidad demográfica por kilómetro cuadrado es de 25.7 habitantes. La mayor concentración de población se encuentra en la cabecera municipal y en las comunidades de San Vicente y la Mezilla, existiendo una distribución proporcional entre ambos sexos. Otras localidades importantes por su población son Héroes de Chapultepec y Ochusjob.

1.5.4. SERVICIOS PÚBLICOS

El Municipio cuenta con correos, teléfono y radio comunicación en la cabecera Municipal, dos estaciones de AM y una de FM perteneciente a Comitán, canales televisivos como Canal 2 de la Ciudad de México y Canal 5 de Chiapas. No se imprimen diarios ni se reciben periódicos de circulación nacional. -- Existen dos aparatos de sonido, ambos disponibles a todo el público en general. Las comunidades se encuentran comunicadas mediante carreteras de terracería. Se cuenta también con una pista de aterrizaje en San Vicente La Mezilla. El transporte de pasajeros se realiza mediante autobuses y colectivos.

Dadas las actividades que se realizan tanto en la cabecera Municipal como en sus alrededores, no existe industria alguna que emane desechos tóxicos o que produzcan ruidos excesivos.

No existe basurero municipal, ni servicios de camiones recolectores de basura, la mayoría de los pobladores incineran sus desechos y algunas familias alimentan con dichos desechos a sus animales de corral.

No existe el sistema de alcantarillado ni tratamientos de -- aguas negras, la mayoría de los habitantes construye letrinas, fosas sépticas y en ocasiones la defecación se realiza a ras de suelo.

El agua para riego y uso del hogar se obtiene del Ojo de Agua del Río de San Vicente La Mezilla, a partir de una bomba y -- dos tanques de almacenamiento y distribución, en donde es -- tratada con cloro y así hacer llegar el agua clorada a los domicilios que aproximadamente existen 800 tomas de agua in--tradomiciliaria; ésto es únicamente en la cabecera Municipal

Las viviendas cuentan con energía eléctrica.

El material de construcción de las viviendas: Techos de teja, palma, loza o lámina; paredes de adobe, mampostería y materiales diversos; pisos de tierra, cemento o mosaico.

En encuestas realizadas en el mes de enero y parte de febrero de 1996, se encontró que en cada vivienda habitan aproximadamente de 6 a 7 personas incluyendo los padres de familia,

La población económicamente activa de la localidad de Tzimol es de 2,464 habitantes, la cual representa el 44.98% del total, de los cuales el 52% son hombres y el 48% son mujeres. Se estima que aproximadamente el 1.2% se encuentra desempleado. La mayoría de los hombres de esta localidad se dedican a la agricultura y las mujeres al tejido del petate y poca población se dedica al comercio; el 29% aproximadamente no percibe salario, el 23% percibe hasta 50% de un salario mínimo, el 32% percibe entre el 50% o menos de un salario mínimo, el 16% entre uno y hasta dos salarios mínimos, el 3% hasta más de dos salarios mínimos, el 1.3% hasta tres y cinco salarios mínimos, el 1.36% percibe de 5 y hasta 10 salarios mínimos y el 6.5% no especifican.

Los alimentos que se consumen en la localidad se obtienen -- del cultivo de los mismos, así como los productos agrícolas y ganaderos o bien en Comitán y las localidades aledañas, -- consiguiendo leche y sus derivados, carnes rojas, carnes --- blancas, pescados y mariscos, huevos, trigo, maíz y derivados, legumbres y verduras, frutas y derivados.

La educación del total de los habitantes y en especial se---gún el reporte de la cabecera Municipal, el 32.56% no saben leer ni escribir. Existe un 57.97% de la población que re---fiere algún grado de estudios, en especial de primaria, el -

6.28% de secundaria, el 2.51% que refiere preparatoria y el 1.52% algún grado de profesión, el 1% profesional y el 0.86% posgrado. Las escuelas con que cuenta la Cabecera Municipal son: 5 jardines de niños, 3 escuelas primarias y una telesecundaria.

1.5.5. RECURSOS PARA LA SALUD

Recursos Humanos:

- 3 Médicos
- 3 Enfermeras
- Personal Técnico: 2 generales, 2 auxiliares, 1 promotor de salud y 7 promotores de salud voluntarios en diferentes comunidades.

Otros Recursos Humanos:

- 5 auxiliares de Salud
- 6 parteras
- 8 curanderos
- 2 hueseros

Recursos Materiales:

- 1 Centro de Salud Rural de población concentrada
- 2 Clínicas Rurales del I.M.S.S./Solidaridad
- 7 Casas de Salud. (20)

1.6. FACTORES CULTURALES

El hombre no hereda sus hábitos, creencias, capacidades y conocimientos sino que los adquiere a lo largo de su vida, lo que se aprende proviene de los grupos en los que se nace y dentro de los cuales vivimos.

1.6.1. CONCEPTO DE CULTURA

La cultura se refiere a la totalidad de lo que aprenden los individuos en la sociedad, es una forma de vida, un modo de pensar, de actuar y de sentir. La importancia de la cultura radica en el hecho de que proporciona el conocimiento y las técnicas que le permiten sobrevivir a la humanidad, tanto física como socialmente, así como dominar y controlar hasta donde sea posible el mundo que lo rodea. (21)

1.6.2. POLÍTICAS CULTURALES

Su función será preservar y subrayar el carácter de la cultura como elemento sustancial en la defensa de la soberanía, en la promoción de un auténtico federalismo, en el desarrollo de la vida democrática, en el fortalecimiento de la identidad y la unidad del pueblo mexicano, en el respeto a la diversidad de sus comunidades y en el logro de niveles más altos de vida y bienestar. Las tareas culturales se realizarán bajo el postulado de respeto a la libertad de creación y de expresión de las comunidades intelectuales y artísticas del país.

En los próximos años se procurará un mejor aprovechamiento del potencial educativo y de difusión cultural de los medios de comunicación. Se promoverá su participación comprometida para fomentar actitudes que afirmen nuestros valores funda-

mentales. A partir de la actualización del marco jurídico de las instituciones culturales, se fortalecerá la vinculación del área cultural con el sistema educativo nacional; se fomentará la producción y distribución eficiente de bienes culturales en el territorio nacional y se ampliará la participación social en el financiamiento, la planeación y ejecución de proyectos de preservación, promoción y difusión de la cultura.

Preservar el patrimonio cultural requiere de la participación organizada de toda la sociedad. El gobierno creará y alentará los espacios y modalidades de colaboración de individuos y grupos en el cuidado, el estudio y la difusión de nuestro legado cultural. En estas tareas deberá generarse la más amplia participación federal, estatal y municipal.

El Gobierno Federal incrementará acciones para difundir el patrimonio cultural en el país y en el ámbito internacional, con el propósito de hacer más vigorosa la presencia de México en el exterior. Se estimularán las diversas expresiones de arte y cultura, mediante la consolidación de los mecanismos existentes, como el Sistema Nacional de Creadores de Arte y se alentará la participación de la comunidad artística en la asignación de los recursos. Se fomentará la concurrencia del sector privado, al tiempo que se impulsará la profesionalización de la actividad artística y la multiplicación de fuentes de trabajo.

Al reconocer el gran legado que representan las manifestaciones de las culturas y tradiciones populares, el gobierno apoyará las iniciativas para la conservación y desarrollo de esta riqueza, de particular importancia para el país.

Se reforzarán lo mismo la enseñanza artística que los contenidos culturales como parte de los planes de estudio en los

diversos niveles de educación, y se impulsará el desarrollo de las escuelas de arte, procurando una provechosa integración entre las diversas disciplinas. Se promoverá el pleno aprovechamiento de la infraestructura existente para el disfrute de los bienes culturales y para la promoción artística.

Se dará un dedicado impulso a la lectura, mediante un programa de apoyo al libro de la más amplia cobertura, que incluirá la consolidación de la red bibliotecaria y la elevación de la calidad de sus servicios, así como el apoyo a la industria editorial privada y el necesario mejoramiento de los sistemas de distribución en todo el territorio nacional.

Con el objeto de dar un mejor uso a los recursos destinados al fomento cultural, el Gobierno Federal dará su apoyo a las iniciativas estatales, municipales y regionales, con el fin de propiciar una efectiva descentralización de bienes y servicios culturales (22).

1.6.3. COSTUMBRES

Son simplemente las formas habituales, comunes y personales en que un grupo de personas hace las cosas, tales como saludar, comer, vestir, etc.

Estas se aprenden en parte en forma deliberada, pero principalmente por medio de la observación y por la participación en la vida que lo rodea.

De acuerdo a la importancia y características de las costumbres éstas pueden volverse tradiciones y es por lo que la gente tiene el concepto de bueno y malo, que exige unos actos y prohíbe otros, por lo tanto las costumbres se autovalúan y se autoperciben. (23).

1.6.4. ESTADO CIVIL

Estado civil es la condición de un individuo, el modo de ser o situación del mismo en lo que toca a sus relaciones con la sociedad y puede ser soltero, casado, en unión libre, viudo, divorciado.

La mujer está unida en matrimonio acorde con las leyes que establece la sociedad con el fin de proteger a la madre, al producto y a la especie; todos sabemos que será aceptada en la comunidad y en la familia, pero si la madre es soltera, habitualmente es vista con recelo por la sociedad y en muchas ocasiones es expulsada del seno del hogar.

Existe un 30% aproximadamente de madres solteras en la República Mexicana, muchas recurren a medidas abortivas-zoopacle, quinina, estrógenos + progestágenos, objetos punzocortantes, intrauterinos, legrados abortivos, etc., y todo ello aumenta la morbi-mortalidad feto-materna. Los productos que sobreviven y nacen son no deseado: en su mayoría, lo que propicia abandono y síndrome de privación social (24)

1.6.4.1. MATRIMONIO

Es una unidad formada por una variedad de miembros interdependientes sobre todo en los bienes materiales y en los espírituales, hay un intercambio permanente de amor y satisfacciones económicas, afectando el destino emocional de todos los integrantes y forman una familia.

Es importante mencionar la dinámica de la familia como grupo, los procesos de integración emocional del individuo o sus roles familiares y la reciprocidad básica de las relaciones -- del rol, la organización interna de la personalidad individual y su desarrollo histórico, ésto progresivamente se va -

modificando por el desarrollo evolutivo de la misma.

Cuando en las relaciones interpersonales se impiden las satisfacciones de las necesidades básicas se originan conflictos que dañan a los padres y a los hijos, ésto coadyuva a la separación o al divorcio.

En el matrimonio la hipocresía, el miedo a reconocer las limitaciones, a aceptar con objetividad el mundo en el que se vive y el desarrollo de la personalidad de cada ser humano - provocan crisis en el hogar, todo ésto se reflejará en la sociedad en la que estén inmersos, hay que educar a los padres y a los futuros padres para que los hijos al nacer encuentren un hogar que los espera con gusto, en el que los padres han buscado la paternidad como un acto consciente y responsable, futuro de su propia madurez.

El divorcio afecta tanto a la pareja como a los hijos (25).

1.6.4.2. PARIDAD

Es el estado de una mujer con respecto ha haber dado a luz - hijos. El peligro de mortalidad fetal y prenatal aumenta des pués del cuarto parto, el promedio de mortalidad infantil se va acrescentando en 45 por 100 para los niños cuyas madres ha yan tenido más de cuatro embarazos. Cuando una mujer ya ha - dado a luz en cuatro ocasiones, el promedio de mortalidad fe tal y neonatal era de 2.6 por 100; en el quinto alumbramiento to 3.8, en el sexto 4.7 y en el séptimo 5.6 por 100.

1.6.4.3. EDAD

Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momen to actual en el que vive una persona.

Si la edad óptima para la reproducción va de los 20 a los 30 años, los clínicos amplían esta edad hasta los 35 años aún adecuados para la procreación. En madres jóvenes menores de 20 años se presenta prematuridad, dificultad neonatal en recién nacidos deprimidos con un apgar al minuto menos de 7.

En pacientes menores de 15 años, este solo hecho define su embarazo como de alto riesgo y aumenta la morbi-mortalidad fetomaterna, en cambio con madres mayores de 35 años, se incrementa el gemelismo dicigoto por elevación progresiva de las gonadotropinas. La pelvis de estas pacientes presentan un grado variable de anquilosis, es decir la sincondrosia púvica, las diartrosis sacrococcigeas y diartrosis sacrovertebrales presentan fusión por sinostosis, mujeres primigestas -- del 30 en adelante. (26).

1.6.5. RELIGIÓN

Todas las sociedades que conocemos desarrollan ciertas normas de comportamientos destinados a precaverse de un medio u otro, contra lo inesperado y a controlar mejor las relaciones del hombre con el universo en que vive, a esta área se le llama religión, que es inevitablemente parte de toda cultura y cuya función consiste en dar una imagen organizada del universo y establece una relación más o menos ordenada entre el hombre y su mundo reforzando y manteniendo los valores de su misma cultura. (27)

Anteriormente los padres confiaban a Dios el futuro de los hijos porque él cuidaría de ellos. En la actualidad se ha enfatizado la responsabilidad de los padres para brindar a los hijos todo lo necesario para su crecimiento y desarrollo dentro de su cultura, de modo que los esposos logren el mayor bienestar para sus hijos y su relación personal; sin embargo no se han sustituido completamente las concepciones tradicio-

nales en gran parte de nuestra población, ya que se enfrenta a dos tipos de comportamientos; el aprendido y transmitido - por la tradición y el impuesto por las actuales circunstancias sociales y culturales.

La mayoría de los cristianos pueden afirmar la prohibición - de la Iglesia sobre el uso de métodos anticonceptivos por dicha doctrina, pero las autoridades doctrinales mencionan que la reproducción de la especie humana no es una tarea que se realiza al azar dentro de la familia. Los hijos se traen al mundo en el amor consciente, la salud, la habitación, la personalidad y otros factores innumerables. Todo lo anterior ayudará a los padres a decidir sobre el tamaño de la familia.

Las personas de muy alta y de nula práctica religiosa son -- las que han pensado en el número de hijos antes de contraer matrimonio, en los otros grupos predominan los que no pensaron en ellos. (28).

1.6.6. MUJER

Durante la época colonial con la consolidación del régimen - patriarcal impuesto violentamente por los españoles, la mujer indígena perdió los derechos que había disfrutado en la antigüedad. La mujer indígena fue explotada no sólo sexualmente, sino también desde el punto de vista económico.

La mujer latinoamericana estaba sometida a un régimen de -- opresión, porque era mantenida en la ignorancia y marginada a la actividad doméstica, siguió siendo propiedad privada -- del hombre, se consideraba como un ser inferior destinado a procrear hijos como lo mandaba la poderosa Iglesia Católica.

La mujer era considerada menos, ya que no podía ni siquiera ser tutora de sus hijos, no podía vender, hipotecar o com--

par.

Las mujeres campesinas latinoamericanas durante el siglo XIX siguieron arrastrando una existencia miserable, era obligada a amasar pan, hacer de comer, ordeñas, hacer manteca, que sos, coser, remendar.

La mujer del campo se mantuvo básicamente explotada en el -- campo y talleres artesanales, posteriormente se incorporó mu sivamente a la industria, al comercio y a los servicios pú-- blicos.

Las mujeres fueron contratadas con salarios más bajos en las empresas, industrias, comercios, salud, educación, oficinas_ públicas.

La función básica que realiza la mujer es la de reproducir - la fuerza de trabajo, no se trata sólo de que biológicamente es la única capaz de engendrar hijos, sino de que ha sido y_ es la que ha soportado la tarea de alimentar, criar, cuidar_ a quienes van a jugar papeles claves en el proceso producti- vo.

La mujer cumple la función de proveer la fuerza de trabajo básicamente de todo régimen de producción.

1.6.6.1.- HÁBITOS CULTURALES DE LA MUJER

Hombres y mujeres comparten intereses comunes cuando perteng_ cen a la misma clase social, sin embargo, los hombres por lo general tienen un estatus socio-económico propio, puesto que participan directamente en los marcos públicos centrales --- (trabajo, etc.).

Las mujeres al asumir los papeles familiares socialmente ---

adscritos a su sexo, pertenecen a una clase social determinada a través del marido, o sea, tiene un estatus conferido, - depende de la posición social que ocupa el esposo en la sociedad.

La mujer al casarse y formar una familia con el esposo, pertenece a una clase social determinada a través de él y por tanto, comparte los intereses familiares principales con el cónyuge.

La dependencia del marido se expresa en la "solidaridad conyugal". Los intereses comunes son principalmente de tipo reproductivo (tener hijos) y económico (de clase). Estos dos intereses se convierten a largo plazo en un proyecto que es la reproducción de la clase.

Al compartir en el proyecto familiar los intereses de clases comunes, existe una división sexual de trabajo, el marido, por lo general, asume el rol público y de sostén, determina directamente la posición (trám) de clase. La mujer desempeña las tareas familiares y apoya la posición social del marido.

De acuerdo a la responsabilidad que asume la mujer en la familia puede provocar movilizaciones femeninas, las mujeres han participado en movilizaciones y movimientos políticos y sociales, en revoluciones, huelgas, etc., su participación en tales luchas sociales han sido y siguen siendo importantes y a menudo también mayoritarias y hasta exclusivas; ejemplos actuales demuestran este hecho.

La mujer en los movimientos populares urbanos sobre todo en las sociedades del tercer mundo, que luchas por servicios básicos, las mujeres en los movimientos de paz, etc. (30)

La posición de la mujer con respecto a la jerarquía de auto

ridad varía de acuerdo a su edad y estado civil, la mayoría de las mujeres nunca llegan a ser jefes de hogar mientras ha ya un hombre (padre, suegro, esposo).

La mujer no se manda sola, pueden sin embargo influir sobre las decisiones y llegar a tener control sobre sus hijos y --nuecas cuando ocupan el lugar de esposa del jefe. El destino de la mayor parte de las mujeres es y sigue siendo el matrimonio.

En la gran mayoría de los casos la unión con un hombre implica que la mujer debe trasladarse a vivir al hogar de los padres de él, sometiéndose a la autoridad de éstos.

El hecho de que sea la mujer la que se traslade implica que es ella quien debe adaptarse a vivir en un hogar que no es el propio y que tiene un jefe de familia al que ella debe someterse como antes lo había hecho con sus padres, se dice -- que la mujer "se fue de suera a servir a casa de fulano (suegro)", la posición de suera es de subordinación con respecto a sus suegros; ella debe pedir permiso al suegro para salir o para llevar a la práctica cualquier iniciativa y su suegro le dirige en sus actividades domésticas, mas aún, mientras vivan juntos, ella y su esposo deberán entregar los ingresos que tengan.

1.6.6.2. CREENCIAS SOBRE LA CONDICIÓN DE LA MUJER

La mujer desde su nacimiento es asignada a funciones específicas, relacionadas con su condición y su género que la ubican en subordinación al sexo masculino de tal manera que desde niña es educada con la idea de que nació para servir a -- otros, para hacerlos felices, para reproducirlos tanto biológicamente como culturalmente y su alineación es tal que se haya completamente convencida que ésto la hace feliz.

Es tal la enajenación de la ideología que nos sustenta, que a nadie le parece extraño que la educación se diferencie por sexos desde la infancia, de ésta manera a la niña se le educa para ser dócil, dependiente, sumisa, dedicada a las labores domésticas y con pocas o nulas expectativas de desarrollo personal fuera de ser madre.

En cambio al varón se le forma desde pequeño a ser fuerte, responsable, independiente, se le reprime cualquier actividad o actitud de tipo femenino, sin embargo la mujer debe doblegarse ante el hombre porque depende de él, sólo así entiendo su papel en esta vida. Esto pone de manifiesto circunstancias reales que han mantenido a la mujer subyugada, dependiente a la sombra del llamado sexo fuerte.

Al parecer esta situación responde a intereses ideológicos de la clase dominante quien pretende mantener a la mujer como sujeto reproductor y productor de la fuerza de trabajo, que a su vez sirve como medio para reproducir las relaciones de clase y de trabajo, porque su trabajo no es valorado, al parecer sus actividades son inherentes a su sexo y no merecen reconocimiento alguno, su función básica ha sido considerada desde siempre a la procreación, y si en cualquiera de estas actividades que se le han impuesto llega a fallar se considera nula su femineidad, es por ello que no resulta incomprendible entender porqué la mujer se niega a aceptar cualquier tipo de programa que implica el control de su fertilidad.

El sexo femenino es un ente reproductor de los otros, implica todos de fertilidad, afecto, servilismo y entrega en donde todo es dar y aceptar. En donde su cuerpo se ha convertido en la principal fuente de felicidad para otros, además tiene por objetivo el reponer y mantener la energía de la fuerza de trabajo en su hogar.

La mujer transmite o conserva pero no crea, cómo se le puede pedir crear si desde el primer momento se le cierran los caminos y alternativas para vivir y ser diferentes, si nace, vive, se reproduce y muere en un mundo preformado a la imagen semejante del hombre. En donde los deseos de independencia logro y actividad son mínimas, en una sociedad en la que el machismo permanece como algo tangible, dominando cualquier esfera social, determinando los papeles del hombre y la mujer, en donde la ideología ha alcanzado tal grado de hegemonía que satura la conciencia del individuo de manera tal -- que la visión del mundo se presenta como la única posibilidad, es decir la dependencia hacia el hombre (31).

La situación de la mujer que vive en el campo involucra una serie de factores en los que ella vive inmersa entregada al hogar y sus obligaciones concretándose a una vida quieta, empírica, sin dinamismo, sin aspiraciones que la liberen de la tutela social y de las tradiciones en las que ha permanecido sumisa, sufriendo los estragos de una situación económica difícil y de una subordinación al sexo opuesto, resignándose a las condiciones de vida que le da su cónyuge, transmite la cultura y una ideología patriarcal a las próximas generaciones.

La sexualidad de la mujer campesina se expresa a través de la importancia primordial de la procreación, como experiencia vital básica e indispensable. Desde pequeña se le educa y se le prepara para ser una buena esposa no sólo en el hogar, sino en la intimidad, con el objeto de poder satisfacer al esposo. (32).

1.7. FACTORES SOCIALES

El hombre no vive solo sino en una sociedad, siendo ésta un agregado organizado de individuos que interactúan con la naturaleza, teniendo acciones recíprocas entre el hombre y el medio que los rodea.

1.7.1. CONCEPTO

Los factores sociales son esenciales para el estudio de la mayoría de los fenómenos porque influye en el estilo de vida de los habitantes de un lugar y de una época determinada en su proceso de la toma de decisiones, en sus actitudes, en sus conductas, así como en sus motivaciones.

Así las características de la comunidad, la organización y estructura de la familia, su lugar de origen, su vivienda y la salud determinan el estado social que tiene un individuo dentro de la sociedad.

Mencionamos algunos factores que afectan para que los individuos tomen decisiones acerca de la planificación familiar.

El tipo de familia que impera en la comunidad o el lugar donde se viva, la salud del hombre y la mujer para tener hijos, la vivienda o la posibilidad de obtenerla, así como la cultura que el individuo tenga de su lugar de origen (33)

1.7.2. NIVEL DE VIDA

Una comunidad se va a caracterizar por los recursos con los que dispongan, el grado de civilización que tengan sus integrantes, influyendo directamente en la salud de los mismos; por tanto su nivel de vida estará determinado por varios fac

tores como son: Sociológicos, psicológicos y económicos.

El nivel de vida es la facultad que tienen los individuos de usar y de disfrutar de cierto número de bienes de consumo, - tales como salud, servicios, vivienda, alimentación, vestido, etc., de acuerdo al lugar y el momento histórico que se viva (34)

1.7.3. SALUD

La salud es un fenómeno social, históricamente determinado - que se mide por la capacidad del hombre para desarrollarse y transformarse a sí mismo y a su sociedad a través de la fuerza de trabajo y la interacción con individuos de su misma sociedad, ya que de un buen estado de salud de la población dependerá el buen desempeño de sus labores y del crecimiento - en general de nuestro país y no únicamente de la capacidad física contribuirá a esta realidad, sino también la psíquica de los individuos así como la satisfacción de sus necesidades básicas, sus capacidades artísticas e intelectuales.

Es por ello que se plantea a la salud como un hecho determinante en la toma de decisiones de un individuo dentro del programa de planificación familiar, ya que representa una realidad concreta, en individuos y grupos con determinadas características socio-culturales, encontrándose vinculado a la forma en que los seres humanos producen y se reproducen, tomando en cuenta la estructura y organización social.

Entre las condicionales de la situación de salud de una comunidad tenemos esperanza de vida al nacer, tasa de mortalidad general, tasa de morbilidad general, tasa de mortalidad infantil, tasa de morbi-mortalidad materno-infantil y al grupo de factores sociales (35).

El desarrollo pleno de las capacidades para el trabajo, la educación y la cultura sólo es posible cuando existen condiciones de salud adecuadas. La reforma del sistema nacional de salud adquiere entonces un doble compromiso: Mejorar la calidad de los servicios mediante la reestructuración de las instituciones, ampliar la cobertura de los servicios, fortaleciendo su coordinación e impulsando su federalización. Un aspecto central del nuevo sistema de salud radicará en estimular la vocación de servicio de quienes tienen a su cuidado la salud de millones de mexicanos. Nuestro país ha recorrido en las últimas décadas un arduo camino para proteger y mejorar la salud de la población. El esfuerzo realizado ha dado resultados positivos en diversas áreas.

No obstante, los avances innegables en la salud de los mexicanos no han sido uniformes, alrededor de diez millones de personas carecen de acceso regular a servicios de salud y subsisten grupos de población al margen de las igualdades regionales que se manifiestan en altas tasas de enfermedades infecto-contagiosas y padecimientos vinculados a la desnutrición y a la reproducción, sobre todo en regiones rurales dispersas y zonas urbanas marginadas.

El sedentarismo, la dieta inadecuada, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la falta de prevención efectiva de accidentes viales y laborales y las prácticas sexuales poco seguras, constituyen nuevos factores de riesgo.

Coexisten en nuestro país enfermedades propias de la pobreza como el cólera, las infecciones respiratorias agudas en los niños, la desnutrición y las muertes maternas y perinatales que afectan sobre todo a los grupos de menores ingresos, con nuevos problemas de salud, relacionados con los cambios en los estilos de vida que se traducen en una mayor frecuencia relativa de enfermedades cardiovasculares, crónico-degenera-

tivas, tumores malignos, padecimientos mentales, adicciones_ y lesiones.

A esta compleja situación epidemiológica, se añade que el -- perfil demográfico del país está sufriendo una transforma--- ción radical, debido a la reducción en las tasas de mortalidad infantil, los programas de planificación familiar y el -- buen éxito creciente de los programas preventivos de salud.-- De esta forma se presenta un crecimiento relativo de los gru-- pos de edad avanzada que paradójicamente se vincula con pro-- blemas de salud más costosos, de larga evolución y difícil -- prevención.

Si bien el Sistema Nacional de Salud ha alcanzado logros in-- discutibles, es poco probable que, bajo su forma actual de -- operación y organización pueda superar los rezagos acumula-- dos, hacer frente a los nuevos retos y atender al legítimo -- reclamo de los usuarios de que los servicios operen con ma-- yor calidad y eficiencia.

Desde el punto de vista del acceso formal a la atención médi-- ca en las instituciones públicas existen dos grandes grupos_ de usuarios; los afiliados a la seguridad social, que son -- unos 45 millones, y los no asegurados, que representa alrede-- dor de 35 millones. Los primeros incluyen sobre todo a la po-- blación trabajadora del sector formal de la economía, princi-- palmente en el medio rural y a la clase media autoempleada -- que no están protegidas ni han adquirido un seguro médico -- privado. En su mayoría este grupo hace uso de los servicios_ públicos que ofrecen la Secretaría de Salud, el Programa --- I.M.S.S./Solidaridad y los servicios de la medicina privada.

Las instituciones de nuestro sistema de salud están segmenta_ das, operan de manera centralizada, sin líneas bien defini-- das para una coordinación eficaz entre ellas. Cada una reali

za por separado acciones normativas, financieras y de provisión de servicios sin que exista un marco que garantice la congruencia de las acciones y evite la duplicidad. Esta operación segmentada y centralizada de los servicios públicos de salud reduce la posibilidad de dar respuesta ágil y efectiva a los problemas y necesidades locales, diluye la asignación de responsabilidad y resulta cada vez más costoso e inoperante.

La necesidad de renovación de nuestro sistema de salud no es un caso aislado. Las iniciativas de reforma a los sistemas de salud han adquirido una importancia creciente en países con los más diversos niveles de desarrollo económico.

Es urgente reformar nuestro sistema de salud con el propósito de mejorar el nivel de salud de la población, distribuir equitativamente los beneficios y la carga de los servicios, satisfacer a los usuarios y a los prestadores de servicios y evitar desperdicios.

Hacia una nueva organización del Sistema Nacional de Salud. En este gobierno se trabajará para alcanzar un sistema que incorpore a más población, que garantice un paquete básico de servicios de salud para todos los mexicanos, para reforzar el principio de equidad con los que menos tiene. Este nuevo sistema considerará los desequilibrios regionales para poner fin al rezago que afecta a amplios grupos de la población.

Para superar las actuales limitaciones, se deberá reorganizar el gasto en salud y establecer los criterios generales para hacer más eficientes los servicios de las instituciones, en el marco legal que corresponde a cada una de ellas. Se reforzarán los programas de medicina preventiva y a garantizar el abasto de los medicamentos para la adecuada prestación de

los servicios. Los programas de vacunación, nutrición y salud reproductiva constituirán el eje del paquete de servicios básicos, al cual se agregarán acciones específicas según sean las necesidades sanitarias regionales y locales.

El nuevo sistema formulará esquemas de financiamiento que -- sean coherentes con la capacidad de selección del usuario y -- la responsabilidad administrativa del gobierno, procurando -- que todos los trabajadores gocen de los beneficios de la seguridad social.

Los servicios de atención a la población no asegurada empezarán en forma descentralizada, buscando una mayor racionalidad económica, una administración más eficiente y la formación de un mercado más amplio de servicios médicos.

Para asegurar la utilidad del esfuerzo colectivo en materia de salud, debemos garantizar un nivel óptimo de preparación de quienes presten estos servicios: alentar la vocación médica y la de enfermería; fortalecer las instituciones de enseñanza para mejorar la calidad de los estudios de esas especialidades y aumentar también la posibilidad de que los especialistas mejoren sus condiciones de vida y de trabajo. El desarrollo de los recursos humanos se articularán con la innovación tecnológica y la investigación científica.

Descentralización de los servicios de atención a la población no asegurada. Si bien la seguridad social irá protegiendo a un sector cada vez mayor de la población, particularmente en el medio urbano, es previsible que los servicios de atención a la población no asegurada subsistan por un largo período, sobre todo en el medio rural, donde deben ampliar sus coberturas.

Será necesario mejorar los servicios y solucionar los proble

mas existentes en las catorce entidades donde se ha efectuado el proceso de descentralización. En una primera fase de la descentralización, terminarán de delegarse a todos los estados y al Distrito Federal las facultades, decisiones, responsabilidades y el control sobre la asignación y el uso de los recursos que permitan a las autoridades locales un funcionamiento descentralizado real. De tal forma serán transferidos a los gobiernos estatales los servicios de la Secretaría de Salud y el I.M.S.S./Solidaridad junto con los recursos y apoyos técnicos, operativos y organizativos necesarios para su funcionamiento.

Para mantener la efectividad y la cobertura territorial de la política nacional de salud, los servicios estatales se agruparán en el Consejo Nacional de Salud, cuyo acuerdo fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 20 de enero de 1996.

En la integración de los sistemas estatales y municipales de salud podrá estimularse la participación activa de la población. Para acercar los servicios públicos de salud a cada comunidad es necesario su descentralización total. La participación municipal será también fundamental. El programa Municipio Saludable alentará la participación del Ayuntamiento en acciones tales como instalación de agua potable, construcción de letrinas, alcantarillado, recolección de basura, control de la fauna nociva y manejo adecuado de desechos residuales. De esta forma, la descentralización de los servicios de salud será una expresión concreta del federalismo.

1.7.4. SEGURIDAD SOCIAL

El sistema de seguridad social constituye un valioso instrumento para dar acceso a la población a niveles superiores de bienestar, al asegurar a los trabajadores un conjunto de ---

prestaciones que complementen sus ingresos salariales y que permitan un desarrollo pleno del individuo y la familia, tales como una atención sistemática de la salud, el acceso a servicios médicos especializados, la protección contra riesgos laborales, un sistema de pensiones para el retiro y el funcionamiento de guarderías en apoyo de las madres trabajadoras.

En el período que abarca el presente Plan Nacional de Desarrollo, en armonía con la estrategia de desarrollo económico de este plan, se promoverá la incorporación de la fuerza de trabajo que ahora no goza de las prestaciones de seguridad social al mercado laboral formal, de modo que tenga derecho a estos beneficios.

Asimismo, se analizarán y modificarán los actuales sistemas de financiamiento de la seguridad social con el propósito de asegurar su viabilidad en el mediano plazo y al mismo tiempo, eliminar las distorsiones que limitan la contratación de la mano de obra. La fortaleza financiera de las instituciones de seguridad social constituye la mejor garantía de que éstas podrán hacer frente al pago de las pensiones cuando los trabajadores alcancen la edad de retiro.

Las acciones aquí propuestas tendrán un mayor efecto en las pequeñas y medianas empresas, que son las fuentes más importantes de empleo en nuestro país. (36)

1.7.5. VIVIENDA

La vivienda es un punto importante dentro de los factores sociales ya que en ella van a vivir los miembros de una familia y el conjunto de éstos estarán formando una comunidad -- con ciertas características.

A pesar de que el derecho de suelo, es decir la tenencia es

relativamente barato, no todos pueden darse el lujo de construir una casa adecuada, porque apenas pueden sostener inadecuadamente la alimentación, el vestido, tal vez la educación y la higiene de los integrantes de la familia. La vivienda es cualquier construcción que se ocupa como lugar habitacional para dormir, por uno o más seres humanos.

Los factores que consideramos de mayor relevancia son:

La protección: Todas las viviendas deben de estar en las mejores condiciones de protección, lo que quiere decir que de la construcción debe de estar bien distribuida: Los ci-mientos, las traves, los muros, las paredes, el techo, etc., todo lo que forma parte de la vivienda debe ser lo suficientemente fuerte como para que resista las tempestades climatológicas.

La comodidad: La vivienda estando bien cimentada y en un lugar adecuado debe de ofrecer al que la habita la mayor comodidad posible, todos los muebles que tendrá la casa deberán de estar en lugares apropiados y bien distribuidos, esto quiere decir que no obstruyan la ventilación e iluminación de la casa y al mismo tiempo se estarán evitando accidentes.

La privacidad: Cualquier vivienda ya sea que esté ocupada por muchas personas o pocas, debe de ofrecer la mayor privacidad posible a sus ocupantes, incluyendo la protección y la comodidad.

La higiene: La limpieza de toda vivienda sólo depende de -- quien o quienes la habitan; si se limpia adecuada y frecuentemente, brindará a sus ocupantes menos factores de riesgo para su salud.

Hay que resaltar y tomar en cuenta que el terreno que ocupa_

la vivienda, debe tener al igual que la propia casa características que favorezcan a sus ocupantes.

Tomando en cuenta todo lo anterior, es necesario que todo in dividuo cuente con una vivienda digna para vivir. De forma in directa, el gobierno en coordinación con la S.S.A. favorecen a éstos, proporcionando a la población el programa de salud reproductiva dentro de lo que se tiene en métodos anticoncep tivos gratuitos para la comunidad total, para que con todo respeto a su persona las parejas elijan el número de hijos y el espaciamento de los mismos, a los que puedan brindarles un mejor nivel de vida.

En este sistema doméstico, los hijos no establecen su hogar in dependiente en el momento de casarse, sino que continúan residiendo en el hogar paterno durante varios años después de haber llevado a él a su cónyuge; de esta manera se crean grupos domésticos extensos, en los que conviven más de un ma trimonio con sus hijos. Este patrón de residencia con los pa dres del marido se vincula a las costumbres de herencia de tierra que dan preferencia a los hijos varones, pues el cón yuge que tiene posibilidades de heredar más tierras es el que lleva a la pareja a vivir con sus padres. Es una jerar quía de autoridad que da privilegio al hombre y subordina a la mujer. (37)

Actualmente el parque habitacional del país está compuesto por 17.8 millones de viviendas. Alrededor de 4.6 millones presentan condiciones de hacinamientos y de precariedad. Atender el rezago implica la construcción de nuevas viviendas y el mejoramiento del parque habitacional.

La generación y oferta de vivienda se enfrenta a diversos problemas, entre los que destacan: Una regulación excesiva que se refleja en un complejo sistema de trámites; multipli-

ciudad en la gravación fiscal, escasez de suelo con vocación habitacional, sobre todo en ciudades medias y en las grandes urbes; acceso limitado a fuentes de financiamiento, reducida innovación tecnológica que permita el uso de materiales regionales ecotécnicos y prefabricados, deficiencia en los sistemas de comercialización de materiales e insumos.

Por otro lado, entre los problemas que afronta la demanda -- destacan los altos precios de las viviendas, la atención crediticia insuficiente, falta de información de la oferta disponible que sustente un mercado integrado y los elevados costos que implica el proceso de titulación de la vivienda.

La política de desarrollo social que impulsará el Gobierno -- de la República en materia de vivienda, tendrá como objetivos orientar el papel del Estado hacia la promoción y coordinación de los esfuerzos de los sectores públicos, social y privado para apoyar las actividades de producción, financiamiento, comercialización y titulación de la vivienda y promover las condiciones tanto en las zonas rurales como en las urbanas, para que disfruten de una vivienda digna, con espacios y servicios adecuados, calidad en su construcción y seguridad jurídica en su tenencia. Para el logro de estos propósitos se llevarán a cabo acciones conjuntas entre gobierno y sociedad, donde los sectores privados y sociales tendrán un papel determinante en la ampliación de la oferta de vivienda en todo el país. (38).

1.7.6. MIGRACIÓN

Los antepasados llegaron a poblar nuevos territorios a través de la migración.

La migración puede ser el rechazo. Se refiere a que algunos miembros de una comunidad, por diferentes circunstancias tie

nen que abandonar esa localidad.

El factor atracción: Se refiere a los atractivos que hay en otros países como son las oportunidades económicas, el clima, el tipo de gobierno; el traslado a una nueva región cambia la composición de la población, proporciona mano de obra nueva, introduce un grupo de personas ignorantes de las tradiciones locales que deben adaptarse a un ambiente cultural extraño.

La migración de medios rurales a los urbanos es el resultado de la insuficiencia de los medios adecuados de subsistencia en el campo y de la necesaria modernización, que lleva a la búsqueda de mayores oportunidades.

Una característica muy importante de estas migraciones es -- que no se den con la misma intensidad en todas las edades, -- ya que se estima que el 7.5% de los migrantes a zonas urbanas están entre los 10 y 29 años.

Otra característica ha sido la aceleración del crecimiento de los centros urbanos (39).

La migración es el componente demográfico que tiene mayor incidencia en los procesos de distribución territorial y de urbanización. Este fenómeno involucra a millones de personas en el país y su volumen ha crecido en forma notoria en los últimos decenios.

La migración afecta en particular a las comunidades y entidades de expulsión porque los emigrantes provenientes de las regiones más atrasadas, por lo general tienen un nivel educativo superior al que tienen los que se quedan.

Una característica similar se observa en relación a la acti-

vidad económica pues los emigrantes suelen ocuparse en tareas de mayor calificación y mejor remuneradas, que quienes en sus comunidades de origen no pueden emigrar.

Los flujos migratorios que se dirigen principalmente de zonas rurales hacia las ciudades, han respondido tradicionalmente a la centralización de la actividad económica. De esta manera el proceso de urbanización de la población en unas cuantas ciudades y centros metropolitanos.

En 1990 la población que residía en ciudades de quince mil habitantes o más, ascendía a cerca de 47 millones de mexicanos, de los cuales casi la mitad residía en las cuatro principales áreas metropolitanas, México, Guadalajara, Monterrey y Puebla. Como contraparte de la elevada concentración urbana, persiste una gran dispersión demográfica de pequeñas localidades rurales.

En 1990, alrededor de 28 millones de mexicanos residía en más de 155 mil pequeñas localidades dispersas de menos de cinco mil habitantes.

En las últimas dos décadas, fenómenos tales como la reestructuración económica y la intensa relocalización de los procesos productivos han impulsado que se expresen en un proceso de redistribución de la población como consecuencia de las profundas transformaciones regionales; la atracción migratoria de las metrópolis ha tendido a declinar, hecho que se advierte en la desaceleración de su ritmo de crecimiento y en la distribución de su peso relativo en la población urbana total.

Este fenómeno se ha visto acompañado por un intenso crecimiento en un número considerable de ciudades de tamaño integro y por la multiplicación de las ciudades pequeñas.

Para que las ciudades pequeñas e intermedias puedan responder a las demandas prioritarias que conlleva la reorientación de los flujos migratorios hacia ellas, es de importancia fundamental cubrir los rezagos existentes y anticipar la oferta en materia de infraestructura, equipamiento y servicios urbanos, incluyendo la disponibilidad de vivienda, agua, drenaje, electricidad, escuelas, puestos de salud, abastos y un medio ambiente sano. (49)

1.7.7. COMUNIDAD

Es un grupo social determinado por límites geográficos y/o valores e intereses comunes, sus miembros se conocen e influyen mutuamente.

La comunidad es una agrupación organizada de personas que se perciben como unidad social cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elementos, objetivos o función común, -- con conciencia de pertenencia, situados en una determinada -- área geográfica en la cual la pluralidad de personas interaccionan más intensamente entre sí que en otro contexto.

Un grupo de personas que tienen los mismos intereses u organización o que conviven en un mismo lugar regido por las mismas leyes, una congregación que vive en un mismo hogar, bajo condiciones similares, es un grupo de población organizada, conviven en una zona definida, con conductas similares, experiencias comunes y tienen la capacidad de actuar en forma -- grupal, además de tener un sentido de pertenencia.

Por otro lado las diferencias entre las comunidades aún dentro de una misma sociedad se establecen por diferencias, motivos sociales, grupos étnicos, cultura o subcultura, hábitat, grado de desarrollo social y estructura de la comunidad.

Por lo tanto cada uno de nosotros está inmerso en una sociedad que posee una cultura particular, la cual comparte ciertas similitudes con otras, una cultura establecida aún desde antes de nacer. En ella hemos vivido y hecho nuestra ideología dominante ya que para poder sobrevivir en una sociedad, el individuo requiere de esta introspección de su cultura, la cual se lleva a cabo gracias a la socialización que no es otra cosa que un proceso de aprendizaje, por lo que la tradición cultural humana es pasada de generación en generación.

La comunidad se organiza de la forma más simple para el bienestar de la ciudadanía, reconocer la existencia de las necesidades, las clasifican y ordenan, desarrollan confianza y voluntad para ciertas actividades, buscan los recursos internos o externos y emprenden acciones cooperativas, este proceso puede ser consciente o inconsciente, esta organización es de tipo social, económico, político, religioso, tomando en cuenta que los seres humanos son los elementos insustituibles para que una comunidad se organice y eleve su nivel de vida y los patrones culturales de la misma.

La comunidad sobre todo la rural, se caracteriza por las relaciones cara a cara de los miembros. En el hogar la mujer y los hijos dependen en muchos aspectos del padre, de cómo solucione las necesidades y problemas, a la inversa el padre espera que su mujer y sus hijos se comporten de manera adecuada, por lo tanto cada individuo forma parte de una serie de hechos que siempre se efectúan en una comunidad.

Es importante recalcar que una estructura social está compuesta por instituciones formando el armazón de las interrelaciones de acuerdo a su función, las instituciones pueden agruparse en el orden político, económico, militar, familiar, religioso, siendo más o menos autónomas.

Para la promoción del desarrollo de una comunidad se deberán conocer estos fenómenos sociales, por ejemplo: para trabajar con la comunidad, hay que identificar a los líderes de la -- misma, los cuales nos darán la información que necesitamos y nos ayudarán en nuestra labor (42)

1.7.8. FAMILIA

Es un grupo social que posee las siguientes características:

Tiene su origen en el matrimonio, se integra al esposo, la -- esposa y los hijos nacidos de su unión, aunque hay ocasiones en que otros parientes encuentran acomodo al lado de este -- grupo básico. Los miembros de la familia se mantienen unidos por vínculos legales, derechos y obligaciones económicos, religiosas, una red definida de prohibiciones, privilegios -- sexuales, un conjunto de sentimientos psicológicos como amor, respeto, temor.

La familia es la unidad básica de la sociedad, de tal manera que podemos afirmar que sin familia no puede haber sociedad; ésta a su vez tiene el cargo de satisfacer una serie de necesidades básicas para la comunidad, como la sexual, la reproductiva, la económica y la educacional.

Tomando en cuenta lo anterior, es evidente que el tamaño de_ la familia y el número de hijos que desea tener la familia_ estará determinado por la clase social, la cultura, la educación, religión, costumbres, que tengan los miembros de la -- familia .

Los matrimonios, antes de casarse no eligen el tipo - de familia que piensan tener y el porqué de sus decisiones.

La familia la podemos dividir en dos tipos, la nuclear y la_

extensa.

La familia nuclear es básicamente un grupo transitorio, está formado en su inicio por el matrimonio, aumenta a medida que nacen los hijos y disminuye cuando éstos se casan y forman - sus propias familias y desaparecen cuando muere la pareja de esposos. La familia es por tanto la unidad básica de la procreación.

La familia extensa, llamada también familia consanguínea es aquella que se compone de más de una unidad nuclear y se extiende más allá de dos generaciones, pero dentro de ella persiste la familia nuclear. (43)

Con la aparición del capitalismo, la familia se convierte en la principal institución de la sociedad, dedicada a la atención de las necesidades personales de sus miembros, según esta perspectiva, la sociedad divide el mundo social en interno o privado que se refiere al ámbito doméstico, y en externo o público, que se refiere a los ámbitos del trabajo asalariado y las instituciones sociales y políticas. Las tareas domésticas y la crianza de los hijos son consideradas funciones naturales o personales realizadas en algún lugar privado de la sociedad el cual se delega a la mujer.

Labores domésticas:

A pesar de que la definición es clara, al llegar al momento del desglose y listado de las actividades concretas, pueden surgir dudas respecto de lo que representan unas y otras labores.

a) La de producción, que comprende dos tipos de actividades:

- La transformación de mercancías (básicamente cocinar.)

- La creación de servicios (la limpieza, entre otras)

b) La del cuidado de los niños (que incluye las anteriores pero con las especificidades que requiere la atención de los niños)

Por relaciones patriarcales se entiende el poder que los hom bres de la generación mayor, -los jefes de familia- tengan - sobre las mujeres y las generaciones más jóvenes, tanto en - el plano doméstico como en el plano político, religioso y co munitario.

Este poder se ejerce a través del control sobre la sexuali- dad, los recursos materiales, el trabajo, la participación - en los procesos de toma de decisiones y en las instituciones de gobierno.

Podemos hablar de un orden patriarcal, por lo tanto cuando - existe una jerarquía que sigue líneas de género y genera- - - - - ción, y en la cual las mujeres y las generaciones jóvenes es tán subordinadas a los hombres mayores.

En el caso de los campesinos, el poder de los hombres de la _ generación mayor tiene su fundamento en el control sobre el _ medio de producción más valioso -la tierra- pues cuando la - empresa agrícola familiar constituye la principal o única -- fuente de trabajo y medio de vida, los miembros del grupo do méstico deben subordinarse a la autoridad de quien tiene la propiedad y/o control sobre ella (44).

1.7.8.1.- HOGAR Y FAMILIA

Entre las tendencias más importantes observadas en las fami- lias, destacan:

Una ligera reducción de su tamaño promedio de la creciente participación de la mujer en la actividad económica, el incremento de hogares dirigidos por mujeres y una mayor incidencia de separaciones y divorcios que entre otros aspectos, origina distintos arreglos legales y de hecho para la manutención y crianza de los hijos. El tipo de familia predominante en México es la nuclear, compuesta por los padres y sus hijos o uno de los padres que generalmente es la madre y sus hijos.

1.7.8.2.- ACTITUDES HACIA EL DESEO DE TENER HIJOS

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

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

Altruista: Se refiere a una motivación desinteresada y no al simple anhelo de expresar afecto, preocupación o necesidad de amparar a los hijos.

Totalista: La predestinación expresa, la creencia de que -- la misión del hombre o de la mujer en la tierra es procrear y perpetuar la especie, es el orden natural de las cosas.

Narcisista: La motivación narcisista representa el concepto de que el hijo reflejará su gloria sobre el padre, será una prueba de su virilidad física, biológica y psicológica.

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

Otro tipo de razones sería el anhelo de tener algo que amar, el afán de compartir la madurez con otro adulto, el deseo de

jugar, divertirse y revivir su propia juventud.

Al ver a los hijos como medio de satisfacer la necesidad de ser generosos y útiles o simplemente sentir cariño por los niños, puede considerarse como simples satisfacciones emocionales.

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

El grupo de razones extrínsecas implica el deseo de dar esperando recibir, atribuyéndole al mismo tiempo un valor palpable y concreto a lo que se recibe, ya sea un sentimiento, un objeto material o una idea.

Las razones agrupadas en esta categoría son el contar con ayuda económica, apoyo financiero, prestigio, seguridad económica en la edad madura.

1.8. FACTORES ECONÓMICOS

La economía se ocupa del estudio y análisis de la actividad económica, ésta se refiere a la producción y consumo de bienes y servicios necesarios para el hombre. los problemas económicos de un grupo de personas surge porque los bienes y -- servicios son relativamente escasos frente a la demanda y -- las necesidades reales de la población. (45).

1.8.1. CONCEPTO

México es un país capitalista en vías de desarrollo, su modalidad de producción es capitalista, pero se le considera un país económicamente dependiente y se cree que esto influye -- directa e indirectamente en el estilo de vida de sus habitantes en su proceso de toma de decisiones, en sus actitudes, -- creencias y conductas, así como en sus motivaciones.

La estructura económica es desequilibrada, un sector de la -- población avanza mientras otros permanecen segregados, existe incapacidad de competencia frente al exterior, con gran -- dependencia de insumos, tecnología y capital exterior, así -- como deficiencia en la capacitación.

Este desequilibrio se observa con más claridad en el área rural, afectando la economía del país, pero aún más la de sus habitantes.

La economía se ocupa del estudio y análisis de la actividad económica, ésta se refiere a la producción y consumo de bienes y servicios necesarios para el hombre.

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

1.8.2. PRODUCTIVIDAD

El trabajo no tiene otra finalidad que la de la utilización de los resultados, el autor del servicio es asimismo su beneficiario, la mujer ha permanecido mucho más tiempo que el hombre dentro de ese marco de actividad y en la mayoría de los casos sujeta a la autoridad del macho superior, esposo, o amo, lo cual hacía que el beneficiario de su actividad no fuese ella misma, como una pequeña unidad, en cuyo seno vivía, pero en cuyo seno no gozaba de ninguna autonomía o libertad de acción.

La actividad de la mujer en el hogar no permite que se le pueda llamar productora, se ha transformado en utilizadora y está destinada a labores de aseo (lo que no hace mucho tiempo era trabajo).

Se impuso en el lenguaje que utilizamos: La mujer que trabaja es aquella que realiza una actividad remunerada y en la mayoría de los casos fuera de su casa.

Productividad y empleo: La mejoría en las condiciones de vida de los mexicanos solamente será posible con un incremento económico generador de empleos productivos y promotor de la recuperación de salarios reales. (46)

1.8.3. OCUPACIÓN

Las condiciones de la ocupación de la población ayudan a explicar en buena parte las condiciones de vida de una población, tanto por la diversidad de riesgos a que se ve sometida como por la diferencia de ingresos económicos para la familia.

Es importante la ocupación que tenga una mujer, ya que durante el embarazo se deben evitar las sobrecargas físicas y ---

psíquicas; la madre deberá renunciar a los esfuerzos deportivos, si realiza la mayoría de sus actividades de pie deberá cambiar la actividad temporalmente a otra que le permita permanecer sentada.

Aunque nuestra legislación laboral protege a la madre con 3 meses de incapacidad perinatal y facilita la atención hospitalaria del parto, la morbi-mortalidad perinatal no ha disminuido. Esto no es para todas las mujeres porque de una u otra manera la mujer campesina realiza labores con sobrecargas físicas, debido a las condiciones en las que viven y ellas no suspenden su trabajo por más de un día.

La reproducción humana es parte de la reproducción social, la posición en la ocupación del jefe de hogar es uno de los determinantes clave de los requerimientos de mano de obra dentro de la unidad doméstica.

Los salarios inadecuados, la inseguridad y la inestabilidad del trabajo son factores que favorecen a la familia numerosa.

Bajo estas condiciones la inseguridad económica se compensa hasta donde sea posible por la participación en la fuerza de trabajo de otros miembros de la unidad doméstica.

En una investigación se encontró que el empleo de las mujeres influye en el nivel de procreación de hijos en 25 años de matrimonio; en mujeres que no han trabajado es de 7.2 hijos, mujeres que han trabajado dentro del ámbito familiar es 6.4 y mujeres que han trabajado en otro sector 5.3

Como podemos observar, la ocupación es otro determinante de los factores sociales y económicos, tan pronto como las personas desarrollen trabajos especializados, se forma la idea

de que algunos trabajos son más honorables que otros (47).

1.8.4. INGRESOS

Es la suma de todas las remuneraciones a los trabajadores de la producción (sueldos, salarios, intereses, ganancias), que reciben los individuos para realizar sus gastos.(48).

1.9. FACTORES EDUCATIVOS

Todo proceso educativo tiene por finalidad el desarrollo del individuo libre que sea capaz de pensar por sí mismo y tomar decisiones racionales cuando la elección es posible, se busca promover no sólo normativamente o legislativamente la igualdad de derechos entre el hombre y la mujer, sino dar iguales oportunidades educativas a los hombres y a las mujeres.

1.9.1 CONCEPTO

Actualmente el Estado pugna por la igualdad de oportunidades educativas, ya que reconoce que desde antaño han existido limitaciones hacia la mujer que han impedido su adecuada incorporación al sistema educativo pese a que en las ciudades la mujer ha logrado mayores oportunidades de asistir a las escuelas, lo que queda comprobado con el 39% que ocupan las mujeres en el nivel superior.

Sin embargo en el campo la situación es más desesperante debido a que el acceso a la educación se encuentra con más restricciones para el sexo femenino ya que la precaria situación económica aunada a la cultura de la población, condiciona un bajo nivel educativo, es por ello que no se deja de cuestionar sobre cómo es posible que la mujer no desea aceptar cualquier programa de planificación familiar si se haya con un alto grado de desconocimiento sobre su propia sexualidad, si tiene de ésta solo fragmentos que le indican que la procreación es lo principal y el erotismo es solo secundario.

Realmente es difícil que la mayoría de las mujeres, teniendo como precedente niveles educativos bajos y situaciones económicas difíciles, acepten la planificación familiar como una solución a sus problemas.

1.9.2. ESCOLARIDAD

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

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

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

Según un estudio realizado en Brasil y México, una vez que se llegaba a la escuela secundaria se adquiría lo que se llama perspectiva moderna.

Entre las personas que viven en zonas urbanas existía una mayor diferencia entre los que han terminado su educación primaria y los que han terminado la secundaria.

En el caso del medio rural sucedió lo opuesto, lo que indica que las primarias rurales no son tan eficientes como las urbanas respecto a los procesos de socialización.

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

A este respecto se ha visto que en los niveles de educación más bajos no hay diferencia importante en los niveles de fecundidad, pero que en los grados más altos de instrucción sí

son muy pronunciadas estas diferencias entre personas con diferentes niveles educacionales.

La fertilidad declina con el aumento del tiempo de escolaridad por dos causas: En primer lugar, los mejores educados se casan más tarde y, en segundo lugar, es más probable que las mejores educadas usen anticonceptivos y así reduzcan su nivel de embarazos. (50).

1.9.3. CAPACITACIÓN

Constituye una actividad importante, ya que mediante ella se proporciona información técnica para desarrollarse y adquirir habilidades necesarias para la toma de decisiones de los individuos y de esta manera mejorar las condiciones de vida que se tenga de acuerdo a su situación actual (51)

1.9.4. NIVEL DE INFORMACIÓN

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

La declinación de la proporción de analfabetas en la población total cambia la estructura de la producción, el empleo y la mezcla de tecnologías y un aumento en la variedad y uso de recursos naturales.

Se ha encontrado que estos cambios conducen finalmente a que decline la tasa de crecimiento de la población (52).

1.10 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Es el medio utilizado por las parejas o individuos para lograr el control de su fertilidad. Ningún método está exento de efectos colaterales, ni existe un ideal aplicable a todas las parejas, por lo que en la selección de cualquiera se tiene que considerar las diversas necesidades del individuo como puede ser salud, paridad, edad, religión, comportamiento sexual, etc. Últimamente en los países desarrollados han tomado gran auge los métodos anticonceptivos permanentes.

Métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente (53).

1.10.1 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Los diversos sistemas o métodos anticonceptivos son subsidirios de ser clasificados atendiendo a diversos puntos de vista. Se considera el más idóneo aquel que contemple como criterio diferenciado el nivel de acción de cada método.

La clasificación que se obtiene utilizando los criterio será útil tanto científicamente como en el momento de su aplicación práctica, lo cual no representa que aquella sea la mejor y otras clasificaciones propuestas no fueran correctas.

Métodos no instrumentales:

- Abstinencia periódica: Ogino-Knaus
- Temperatura basal, moco cervical, etc.
- Lactancia prolongada
- Coito interrumpido

Métodos de barrera:

- Diafragma
- Esponja vaginal
- Preservativos
- Espermicidas locales

Métodos Intrauterinos:

- DIU

Métodos Hormonales:

- Orales
- Intramusculares
- Implantes subdérmicos

Métodos Quirúrgicos:

- Vasectomía
- Esterilización tubárica(54)

1.10.2. HORMONALES ORALES COMBINADOS

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

- Los combinados de estrógeno y progestina
- Los que contienen sólo progestina.

1.10.2.1. FORMULACIÓN Y PRESENTACIÓN

Formulación:

Contienen un estrógeno sintético: etinil estradiol (20-50 mg) o mestranol (50-100 mg.). Las dosis diarias recomendables no deben exceder de 35 mgs. de etinil estradiol o de 50 mgs. de mestranol.

Además del estrógeno contienen una de cualesquiera de las siguientes progestinas sintéticas derivadas de la 19 Nortestosterona: Noretisterona (400 mg-1m.), Norgestrel (300-500 mg.)-

Levonorgestrel (50-250 mg.), Gestodeno (75 mg.), Norgestimato (250 mg.) y desogestrel (150 mg.) o derivadas de la 17 hidroxiprogesterona: Acetato de Clormadinona (2 mg.) y Acetato de Ciproterona (2 mg.).

Presentación:

Existen tres tipos: Las que contienen dosis constantes del estrógeno y de la progestina en cada una de las tabletas o grageas. Se presentan en cajas de 21 tabletas o grageas. Algunas presentaciones incluyen siete tabletas o grageas adicionales que no contienen hormonas, sino sólo hierro o lactosa, resultando ciclos de 28 tabletas o grageas para administración ininterrumpida.

Las que contienen dosis variables de estrógeno y de la progestina en las tabletas o grageas que se administran dentro del ciclo de 21 días, se denominan trifásicos por incluir tabletas o grageas con dosis bajas del estrógeno, más alguna progestina sintética, se denominan secuenciales y no se debe recomendar su uso como anticonceptivo.

1.10.2.2. EFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA, DURACIÓN DE LA PROTECCIÓN (ANTICONCEPTIVA)

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

La protección anticonceptiva está limitada a cada uno de los ciclos durante los cuales se ingieren las tabletas o grageas en forma correcta.

1.10.2.3. INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES

Indicaciones:

Los anticonceptivos hormonales combinados orales 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 o grageas en las siguientes circunstancias: Antes del primer embarazo, en el intervalo intergenésico, en el pos-aborto inmediato, en pos-parto o pos-coesúrea, después de la tercera semana -- si la mujer no está lactando.

Contraindicaciones:

Lactancia en los primeros seis meses pos-parto, 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.

1.10.2.4. FORMA DE ADMINISTRACIÓN Y LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA PRESCRIPCIÓN

Forma 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 pueden 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 o grageas se ingiere -- una tableta o gragea diaria durante 21 días consecutivos, --

seguidos de 7 días de descanso sin medicación. Los ciclos -- subsecuentes deben iniciarse al concluir los siete días de -- descanso del ciclo previo, independientemente de cuándo se -- presente el sangrado menstrual.

En las presentaciones de 28 tabletas o grageas se ingiere -- una de éstas que contiene hormonas, diariamente durante 21 -- días consecutivos, seguidos de siete días durante los cuales se ingiere diariamente una tableta o gragea que contiene hig -- ro o lactosa. Los ciclos subsecuentes se inician al con-- cluir el previo, independientemente de cuándo se presente el sangrado menstrual.

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

Lineamientos generales para la prescripción:

Los anticonceptivos hormonales combinados orales pueden obte-- nerse en unidades de atención médica y programas institucio-- nales de distribución comunitaria o adquirirse en las farma-- cias. Se deben realizar los siguientes procedimientos para -- su prescripción: Proporcionar consejería, efectuar interroga-- torio, instruir a la mujer en el uso adecuado de las table-- tas o grageas, efectuar examen físico en función de capacita-- ción y recursos de los prestadores de servicios y requerimien-- tos de los métodos anticonceptivos, incluyendo toma de -- la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma -- de muestra de citología cérvicovaginal (papanicolaou). En -- caso de adolescentes el examen pélvico y la toma de citolo-- gía cérvico-vaginal se puede diferir para consultas subse-- cuentes.

1.10.2.5. EFECTOS COLATERALES Y CONDUCTA A SEGUIR EN CASO -- DE PRESENTARSE.

Efectos colaterales:

Algunas mujeres pueden presentar: Cefalea, náusea, vómito, -
marco, mastalgia, ciosasma, manchado intermenstrual.

Conducta a seguir en caso de presentarse:

En caso de sintomatología leve, reforzar la consejería y re-
comendar a la usuaria que continúe el uso del método, ya que
esta sintomatología generalmente es transitoria y comunmente
se presenta solo en los primeros ciclos de uso.

Suspender el uso del método, reforzar consejería y ofrecer -
cambio de método si se presentara alguna de las siguientes -
situaciones: Sospecha de embarazo, cefalea intensa, altera-
ciones visuales, dolor torácico intenso, disnea, dolor de --
miembros inferiores, ictericia, persistencia o intolerancia,
de efectos colaterales más allá de seis meses.

**1.10.2.6. CONDUCTA A SEGUIR EN CASO DE USO IRREGULAR DEL MÉ-
TODO ANTICONCEPTIVO**

En caso de olvido de una tableta o gragea: Tomar al día si--
guiente dos tabletas o grageas.

En caso de olvido de dos tabletas o grageas consecutivas: --
Ingerir dos tabletas o grageas durante los dos días siguien-
tes, y adicionar un método de barrera por siete días.

En caso de olvido de tres tabletas o grageas consecutivas, -
el método ya no es efectivo, se debe suspender la ingestión
de las tabletas o grageas restantes, utilizar un método de -
barrera durante el resto del ciclo y reiniciar la ingestión
de tabletas o grageas en el siguiente ciclo menstrual.

La diarrea y el vómito intensos pueden interferir con la ---

efectividad de las tabletas o grageas. En estos casos se debe recomendar el uso adicional de un método de barrera.

1.10.2.7. SEGUIMIENTO DE LA USUARIA

Se efectuará mediante una visita inicial al mes y posteriormente cada año a partir del inicio del uso del método o antes si es necesario. En cada visita se reforzará la consejería, se vigilará el uso correcto del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda, se dotará a la usuaria de las tabletas o grageas. Siempre que sea posible, en la visita anual de revisión, se tomará muestra de citología-vaginal (papanicolaou)

En la primera visita y en cada una de las subsecuentes se pueden prescribir y/o entregar hasta cuatro ciclos de tabletas o grageas. El número de ciclos que se proporcionen puede estar determinado por razones programáticas, logísticas o financieras, incluyendo la capacidad de la usuaria de pagar en un sistema de recuperación de cuotas.

1.10.3 HORMONALES INYECTABLES COMBINADOS

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

- Los combinados de estrógeno y progestina, y
- Los que contienen solo progestina.

Hormonales combinados inyectables que contienen estrógeno y progestina.

1.10.3.1. FORMULACIÓN, PRESENTACIÓN

Formulación:

Contienen un éster de estradiol: cipionato de estradiol ---- (5 mg.) valerianato de estradiol (5 mg.) o enantato de estradiol (5 y 10 mg.)

Las dosis recomendables de éster de estradiol no deben exceder de 5 mg. al mes.

Además de estrógeno contienen una de cualesquiera de las siguientes progestinas esterificadas derivadas de la 19 norteg tosterona: Enantato de noretisterona (50 mg.) o derivadas de la 17 hidroxiprogesterona: acetato de medroxiprogesterona -- (25 mg.) y acetofénido de dihidroxiprogesterona (75 y 150 -- mg.).

Presentación:

Existen cuatro tipos de anticonceptivos hormonales combinados inyectables:

Cipionato de estradiol 5 mg. + acetato de medroxiprogesterona 25 mg. en 0.5 ml. de suspensión acuosa microcristalina.

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

Enantato de estradiol 10 mg. + acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg. en 1 ml. de solución oleosa.

1.10.3.2. EFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA Y DURACIÓN DE LA PROTECCIÓN.

Efectividad anticonceptiva:

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

Duración de la protección anticonceptiva:

La protección anticonceptiva se extiende hasta por 33 días - después de la aplicación de la inyección. La aplicación de inyecciones subsiguientes después de 33 días a partir de la anterior no garantiza protección anticonceptiva.

1.10.3.3. INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES**Indicaciones:**

Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad -- fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas, multiparas, incluyendo adolescentes que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción e inyectable, en las siguientes circunstancias: Antes del primer embarazo, en el - intervalo intergenésico, en posaborto en pos-parto, o poscesárea después de la tercera semana, si la mujer no está -- lactando.

Contraindicaciones:

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

Precauciones:

Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, fumadoras mayores de 35 años de edad, hipertensión arterial, dia

betes mellitus no controlada, migraña focal, leiomiomatosis uterina, insuficiencia renal, alteraciones de la coagulación.

1.10.3.4. FORMA DE ADMINISTRACIÓN, CONDUCTA A SEGUIR EN CASO DE USO IRREGULAR DEL MÉTODO.

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 cuándo se presente el sangrado menstrual.

En el pos-parto o pos-cesárea cuando la mujer no efectúe lactancia, la administración del hormonal combinado inyectable se puede iniciar después de la tercera semana.

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

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

Conducta a seguir en caso de uso irregular del método anti--

Conceptivo:

Para asegurar la efectividad del método es indispensable que las inyecciones subsecuentes se apliquen con un 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, deben prescribirse métodos de barrera y diferir la inyección al siguiente ciclo menstrual.

Si la aplicación de la inyección se efectuó tardíamente (después de 33 días), deben adicionarse métodos de barrera durante el resto de ese ciclo menstrual.

1.10.3.5. EFECTOS COLATERALES Y CONDUCTA A SEGUIR**Efectos colaterales:**

Algunas mujeres pueden presentar: Irregularidades menstruales, cefalea, náusea, vómito, mareo, mastalgia, incremento - de peso corporal.

Conducta a seguir en caso de presentarse:

En casos de sintomatología leve, se debe reforzar la consejería y recomendar a la usuaria que continúe el uso del método, ya que esta sintomatología puede ser transitoria y comúnmente se presenta solo en los primeros meses de uso.

Suspender el uso del método si se presentara alguna de las - siguientes situaciones: Sospecha de embarazo, cefalea intensa, alteraciones visuales, dolor torácico intenso, disnea, dolor de miembros inferiores, ictericia, intolerancia a las irregularidades del ciclo menstrual, persistencia o intolerancia de

efectos colaterales más allá de seis meses.

1.10.3.6. LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA PRESCRIPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA USUARIA.

Lineamientos generales para la prescripción:

Los anticonceptivos hormonales combinados inyectables pueden obtenerse en unidades de atención médica y en programas de distribución comunitaria o adquirirse en las farmacias.

Se deben realizar los siguientes procedimientos para su prescripción: Proporcionar consejería, efectuar interrogatorio, instruir a la mujer en el uso adecuado de los inyectables.

Efectuar examen físico, en función de capacitación y recursos de los prestadores de servicios y requerimientos de los métodos anticonceptivos, incluyendo: Toma de la tensión arterial, examen pélvico y toma de muestra de citología cervico-vaginal (Papanicolaou). En caso de adolescentes el examen pélvico y la toma de muestra de citología cervico-vaginal, puede diferirse para consultas subsiguientes.

Se deben utilizar jeringas y agujas estériles que sean desechables.

Seguimiento de la usuaria:

Se debe efectuar mediante una visita inicial a los 30 días y posteriormente cada año o cuando se estime necesario por el prestador del servicio o la usuaria.

En cada visita se reforzará la consejería, se valorará la satisfacción con el método, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda se aplicará la siguiente inyección

En la primera visita y en cada una de las subsecuentes se -- pueden entregar varias ampollitas, pero sólo tres o cuatro -- son programáticamente razonables. El número de ampollitas que se proporcionen puede estar determinado por razones programá-- ticas, logísticas o financieras, incluyendo la capacidad de la usuaria de pagar en un sistema de recuperación de cuotas.

1.10.4. HORMONALES SUBDÉRMICOS

Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, -- que se inserta subdérmicamente y consiste en un sistema de -- liberación continua y gradual de una progestina sintética -- (no contiene estrógeno).

1.10.4.1. FORMULACIÓN, PRESENTACIÓN

Formulación:

Seis cápsulas de dimetilpolisiloxano que contienen cada una -- 36 mg. de levonorgestrel.

Presentación:

Seis cápsulas con dimensiones individuales de 34 mm. de lon-- gitud por 2.4 mm. de diámetro transversal, que liberan en -- promedio 30 mg. diarios de levonorgestrel.

1.10.4.2. EFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA, DURACIÓN DE LA PROTEC-- CION.

Efectividad anticonceptiva:

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

Duración de la protección anticonceptiva:

Hasta cinco años después de la inserción.

1.10.4.3. INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES, PRECAUCIONES.**Indicaciones:**

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

Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado, en el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado, en el pos-parto o pos-cesárea, con o sin lactancia, en el pos-aborto inmediato.

Contraindicaciones:

Embarazo o sospecha de embarazo, tener o haber tenido cáncers mamario o del cérvix, tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos, enfermedad hepática aguda o crónica activa, durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

Precauciones:

Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, insuficiencia renal, cardiopatía isquémica, depresión importante, migraña focal; debe considerarse la posibilidad de disminución de la efectividad del método después de dos años de uso

en mujeres con peso mayor de 70 kilogramos.

1.10.4.4. FORMA DE ADMINISTRACIÓN, CONDUCTA A SEGUIR EN CASO DE PRESENTARSE PROBLEMAS CON LOS IMPLANTES

Forma de administración:

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

Conducta a seguir en caso de presentarse problemas con los implantes:

En caso de expulsión de uno o más implantes, deben reempla-- zarse por cápsulas nuevas, sin necesidad de remover o cam-- biar las no expulsadas.

En caso de ruptura de una o más cápsulas, éstas deben remo-- verse y reemplazarse por cápsulas nuevas sin necesidad de -- cambiar el resto.

1.10.4.5. EFECTOS COLATERALES Y CONDUCTA A SEGUIR

Efectos colaterales:

Algunas mujeres pueden presentar: Hematoma en el área de -- aplicación, infección local, dermatosis, irregularidades -- menstruales (hemorragia, manchado por tiempo prolongado o -- amenorrea), cefalea, mastalgia.

Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales:

Reforzar la consejería en relación a la inconstancia de las --- irregularidades menstruales y mantener los implantes inser-- tados.

En caso de intolerancia a las irregularidades menstruales, - se deben remover los implantes.

En caso de embarazo se deben retirar los implantes inmediata mente.

1.10.4.6. LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA PRESCRIPCIÓN Y SE- GUIMIENTO DE LA USUARIA.

Lineamientos generales para la prescripción:

Tanto las inserciones como las remociones de los implantes - subdérmicos, deben ser realizados por personal de salud capa citado para ello, bajo supervisión médica.

Se deben realizar los siguientes procedimientos: Proporcion- nar consejería, efectuar interrogatorio, indicar el uso de - métodos anticonceptivos de barrera y espermicidas en caso de tener relaciones sexuales el día de la inserción.

Efectuar examen físico incluyendo: Toma de la tensión arte- rial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra de - citología cérvicovaginal (papanicolaou). En caso de adolescen- tes, el examen pélvico y la toma de muestra de citología - cérvico-vaginal puede diferirse a consultas subsecuentes.

La remoción debe efectuarse al cumplir cinco años de su uso. También puede realizarse a solicitud y por decisión de la -- usuaria en cualquier momento antes de la terminación de la - duración total de la protección anticonceptiva, si procede -

se puede efectuar la inserción de nuevos implantes o cambiar a otro método anticonceptivo.

Seguimiento de la usuaria:

La primera visita debe efectuarse dentro del primer mes a partir de la inserción y después cada año, hasta completar los cinco años de efectividad del implante para su substitución o cambio de método según el deseo de la usuaria. Siempre que sea posible, a intervalos anuales, debe tomarse muestra de citología cérvico-vaginal (Papanicolaou).

Debe instruirse a la usuaria para que en caso de duda o problemas relacionados al método, acuda a consulta en cualquier momento.

1.10.5. DISPOSITIVO INTRAUTERINO

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

1.10.5.1. DESCRIPCIÓN, PRESENTACIÓN, EFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA, DURACIÓN DE LA PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA

Descripción:

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 tiene además hilos guía para su localización y extracción.

Presentación:

Los dispositivos intrauterinos se obtienen esterilizados en presentación individual acompañados de su insertor.

Efectividad anticonceptiva:

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

Duración de la protección anticonceptiva:

La protección anticonceptiva que brindan los dispositivos varía de acuerdo con el principio activo o coadyuvante que con tengan.

La duración de la efectividad anticonceptiva de los dispositivos tipo TCU 380A y TCU 220C es de seis a ocho años y para los Multiload 375 y 250 es de cinco a tres 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.

1.10.5.2. INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES, PRECAUCIONES

Indicaciones:

La inserción del DIU está indicada para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, 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 pos-parto, ---trans y pos-cesárea, con o sin lactancia, en el pos-aborto.

Contraindicaciones:

Embarazo o sospecha de embarazo, útero con histerometría menor a 6 cms., patología que deforme la cavidad uterina, carcinoma del cérvix o del cuerpo uterino, enfermedad inflamatoria pélvica activa, presencia de corioamnionitis.

Precauciones:

Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, infecciones del tracto genital, hiperplasia endometrial, anemia y padecimientos hemorrágicos, dismenorrea severa, antecedentes de embarazo ectópico, ruptura de membranas, trabajo de parto prolongado.

1.10.5.3. FORMA Y TIEMPO DE COLOCACIÓN, LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA PRESCRIPCIÓN.

Forma de administración:

El DIU debe ser insertado en la cavidad uterina.

Tiempo de colocación:

El DIU puede ser insertado en los siguientes momentos:

- Período intergenésico: El DIU puede insertarse preferentemente durante la menstruación, o en cualquier día del ciclo menstrual cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.
- Pos-placenta: La inserción debe realizarse dentro de los 10 minutos posteriores a la salida de la placenta. Esta técnica puede realizarse después de un parto o durante una cesárea.
- Prealta: Al egreso hospitalario se puede hacer la colo-

cación del DIU antes de que la paciente sea enviada a su domicilio, después de la resolución de cualquier -- evento obstétrico.

- Pos-aborto: Inmediatamente después del legrado o aspiración endouterina por aborto de cualquier edad de em barazo.
- Puerperio tardío: Entre 4 y 6 semanas pos-aborto, --- pos-parto y pos-cesárea.

Lineamientos generales para la prescripción:

El DIU debe ser aplicado: después de proporcionar consejería por personal capacitado en la exploración del aparato genital femenino y en las diversas técnicas de inserción, si--- guiendo las recomendaciones específicas para cada tipo de -- DIU, cumpliendo las técnicas de asepsia y antisepsia, no se -- debe recomendar a mujeres con varios compañeros sexuales y expuestas a enfermedades de transmisión sexual, por el riesgo de desarrollar enfermedades inflamatorias pélvicas.

1.10.5.4. EFECTOS COLATERALES. CONDUCTA A SEGUIR EN CASO DE PRESENTARSE.

Efectos colaterales:

En general el DIU es bien tolerado por la mayoría de las --- usuarias. Los efectos colaterales son poco frecuentes, generalmente limitados a los primeros meses posteriores a la inserción y se pueden manifestar como: Dolor pélvico durante - el período menstrual, aumento de la cantidad y duración del - sangrado menstrual.

Conducta a seguir en caso de presentarse:

Las usuarias que refieren efectos colaterales deben recibir_

consejería adicional, enfatizando las características y consecuencias del uso del método.

Los efectos colaterales deben ser tratados. Si las molestias persisten más allá de 90 días, debe de 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 una unidad hospitalaria para su atención.

1.10.5.6. SEGUIMIENTO DE LA USUARIA

Las revisiones subsiguientes deben programarse, la primera entre la 4a. y la 6a. semanas posteriores a la inserción. Si la aplicación se realizó después de un evento obstétrico, se recortarán los hilos del DIU a una distancia de dos centímetros por fuera del orificio externo del cérvix, en caso necesario. 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. En cada visita clínica debe verificarse la posición correcta del DIU mediante la visualización de los hilos guías, investigar la presencia de efectos colaterales, descartar la presencia de embarazo y detectar la existencia de infecciones cérvico-vaginales. En caso de embarazo, si los hilos son visibles, se retirará el DIU. Si los hilos no son visibles, no se debe intentar el retiro del dispositivo.

Siempre que sea posible en la visita anual se debe efectuar toma de muestra de citología cérvico-vaginal (Papanicolaou)

1.10.6. OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL

Cierre de una abertura, en especial de conductos o vasos san guíneos, en este caso las tubas uterinas.

1.10.6.1. DESCRIPCIÓN, EFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA, DURACIÓN DE LA PROTECCIÓN.**Descripción:**

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.

Efectividad anticonceptiva:

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda pro-- tección anticonceptiva mayor al 99%.

Duración de la protección anticonceptiva:

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

1.10.6.2. INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES, PRECAUCIONES, - TIEMPO DE REALIZACIÓN.**Indicaciones:**

Este procedimiento está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas o multíparas que deseen - un método permanente de anticoncepción, en las siguientes -- condiciones: Paridad satisfecha, razones médicas, retardo - mental.

Contraindicaciones:

Enfermedad inflamatoria pélvica activa.

Precauciones:

Embarazo o sospecha de embarazo, discracias sanguíneas no -- controladas, anemia severa, en el pos-parto, cuando el neon to presente problemas de salud que comprometen su superviven cia, falta de movilidad uterina (adherencias).

Tiempo de realización:

El procedimiento puede realizarse en el intervalo, pos-parto, transcesárea y pos-aborto.

1.10.6.3. LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA PRESCRIPCIÓN

Por ser de carácter permanente, este método en particular re quiere de: Un proceso amplio de consejería previa a su reali zación; 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 ha ya embarazo.

El procedimiento puede manejarse como cirugía de corta estan

cia en el puerperio de bajo riesgo, en el pos-aborto 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 paridad de la mujer no serán factores de contradicción del método.

1.10.6.4. EFECTOS COLATERALES Y CONDUCTA A SEGUIR

Efectos colaterales:

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

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 reiniciarse la actividad laboral a los dos días pos-cirugía, 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.

1.10.6.5. SEGUIMIENTO DE LA USUARIA

Las revisiones subsiguientes deben programarse; la primera -- se debe efectuar durante la primera semana pos-cirugía para revisión de la herida quirúrgica. Se debe instruir a la paciente para que acuda a consulta si se presenta cualquiera de las siguientes situaciones: Sintomatología urinaria, dolor pélvico, abdominal o torácico severo, hemorragia en la herida quirúrgica, fiebre y dolor local en 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 de citología cervico-vaginal (Papanicolaou).

1.10.7. VASECTOMÍA

Intervención quirúrgica en la cual se cortan y ligan los conductos deferentes.

1.10.7.1. DESCRIPCIÓN, EFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA, DURACIÓN DE LA PROTECCIÓN

Descripción:

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

Efectividad anticonceptiva:

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

Duración de la protección:

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

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

1.10-7.2. INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES, PRECAUCIONES

Indicaciones:

Este procedimiento está indicado para hombres en edad fértil con vida sexual activa, que deseen un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones: Fecundidad satisfecha, razones médicas, retardo mental.

Contraindicaciones:

Criptorquidia, antecedentes de cirugía escrotal o testicular, historia de impotencia.

Precauciones:

Infección en el área operatoria, hidrocele, varicocele, filiarías (escrúto engrosado) hernia inguino escrotal, enfermedades hemorragíparas.

1.10.7.3.- EFECTOS COLATERALES Y CONDUCTA A SEGUIR

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 pos-cirugía, con aplicación alterna de hielo sobre el área quirúrgica cada treinta minutos, cuando sea posible.

Puede reiniciarse la actividad laboral a los dos días pos-cirugía, siempre y cuando no implique esfuerzo físico 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 por personal capacitado.

1.10.7.4. SEGUIMIENTO DEL USUARIO

Las revisiones subsecuentes deben programarse: la visita inicial se efectuará durante la primera semana pos-cirugía. Las siguientes se deben efectuar anualmente durante los primeros dos años o antes si el usuario lo considera necesario.

Se debe efectuar conteo de espermatozoides después de las primeras 25 eyaculaciones o tres meses después del procedimien-

to quirúrgico. En caso de ser positivo el conteo repetir al mes, si persiste positivo revalorar el caso.

Durante este lapso se debe recomendar a la pareja el uso de otro método anticonceptivo que garantice efectividad.

1.10.8. MÉTODOS DE BARRERA

Son métodos anticonceptivos de uso temporal que interfieren - la fecundación de manera mecánica o química.

1.10.8.1. DESCRIPCIÓN, EFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA, DURACIÓN DE LA PROTECCIÓN

Descripción:

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.

Efectividad anticonceptiva

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

Duración de la protección anticonceptiva:

Limitado el tiempo de utilización correcta del método.

1.10.8.2. INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES, LINEAMIENTOS PARA LA PRESCRIPCIÓN.

Indicaciones:

Es un método 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 el SIDA.

Contraindicaciones:

Alergia o hipersensibilidad al plástico (látex) o al espermicida, disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil.

Lineamientos generales para la prescripción:

Se puede obtener en unidades de atención médica, en programas de distribución comunitaria y de mercado social o mediante adquisición libre en farmacias y otros establecimientos comerciales.

1.10.8.3. FORMA DE USO, EFECTOS COLATERALES, CONDUCTA A SEGUIR.

Forma de uso:

Debe usarse un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y desde el inicio del coito, cada condón puede usarse una sola vez, debe verificarse la fecha de manufactura, - la cual no deberá ser mayor a cinco años.

Se coloca en la punta del pene cuando está en erección, desenrollándolo hasta llegar a la base del pene. Debe evitarse la formación de burbujas de aire.

Cuando el hombre no esté circuncidado debe retraer el prepuccio hacia la base del pene antes de colocar el condón; post

rior 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 y permanezca el condón en la cavidad vaginal, se anudará el preservativo antes de su depósito final en un basurero, evitando derramar el -- semen.

En caso necesario, se empleará únicamente lubricantes solu- bles en agua, nunca en aceite, para evitar la pérdida de --- efectividad del preservativo.

Efectos colaterales:

Intolerancia al látex o al espermicida.

Conducta a seguir:

Reforzar consejería y cambiar a otro método.

1.10.8.4. SEGUIMIENTO DEL USUARIO

Las visitas de seguimiento se deben efectuar de acuerdo a -- las necesidades del usuario, si procede para proveer condo- nes, para reforzar las instrucciones de uso y la consejería.

1.10.9. ESPERMICIDAS

Agente que mata espermatozoides.

1.10.9.1. DESCRIPCIÓN, EFECTIVIDAD, DURACIÓN DE LA PROTEC- CIÓN.

Descripción:

Son sustancias químicas que impiden el paso de los espermato

zoides, inactivándolos antes de que penetren al útero. Por lo general son surfactantes que pueden administrarse a través de diversos vehículos: cremas, óvulos y espuma en aerosoles. Las diversas presentaciones contienen un vehículo y un espermicida.

Efectividad:

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

Duración de la protección anticonceptiva:

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

1.10.9.2. FORMULACIONES, INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN.

Formulaciones:

- Cremas: El vehículo es ácido esteárico y derivados, o glicerina, el espermicida es Nonoxinol-9 o cloruro de bencetonio.
- Óvulos: El vehículo es manteca de cacao, glicerina, es tearina o jabón. El espermicida es cloruro de bencetonio, Nonoxinol-9, polietilenglicol de monoisoetilfenol, éter o éster polisacárido del ácido polisulfúrico.
- Espumas en aerosol: El vehículo es el polietilenglicol, glicerina o hidrocarburos y freón. El espermicida es Nonoxinol-9 o cloruro de bencetonio.

Indicaciones:

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

Contraindicaciones para el uso de anticonceptivos hormonales, durante la lactancia, para aumentar la eficiencia anticonceptiva de otros métodos de barrera, en período inmediato pos-vasectomía.

Contraindicaciones:

Hipersensibilidad a alguno de los componentes de la formulación.

Forma de administración:

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

1.10.9.3. LINEAMIENTOS PARA LA PRESCRIPCIÓN, EFECTOS COLATERALES, CONDUCTA A SEGUIR.

Lineamientos generales para la prescripción:

Se debe explicar a las usuarias sobre la necesidad de respetar el tiempo de espera antes del coito a partir de la aplicación intravaginal, así como evitar el aseo pos-coito en forma inmediata con el fin de lograr el efecto anticonceptivo de los espermicidas.

Efectos colaterales:

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

lación, reacciones alérgicas.

Conducta a seguir:

Reforzar consejería y cambiar de método.

1.10.9.4.- SEGUIMIENTO DE LA USUARIA

Las visitas de seguimiento serán para reforzar las instrucciones de uso, así como para consejería de métodos más efectivos.

1.10.10. MÉTODOS NATURALES O DE ABSTINENCIA PERIÓDICA

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

1.10.10.1. DESCRIPCIÓN, EFECTIVIDAD, DURACIÓN DE LA PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA.

Descripción:

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

Los métodos naturales más utilizados son: Método del calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus, método de la temperatura, método del moco cervical o de Billings, método sintotérmico.

Efectividad:

Bajo condiciones habituales de uso, estos métodos brindan --

protección anticonceptiva del 70 al 80%.

Duración de la protección anticonceptiva:

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

1.10.10.2. INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES, PRECAUCIONES

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 conocer: las ca-- racterísticas de su ciclo menstrual, cambios en el moco cer-- vical, en la temperatura basal y otros síntomas y signos aso ciados al ciclo menstrual.

En personas que no estén en situación de práctica de absti-- nencia sexual cuando el método lo requiera.

Precauciones:

Cualquier motivo de duda de la mujer respecto a las caracte-- rísticas de su ciclo menstrual por cualquier razón.

1.10.10.3. FORMA DE USO DE LOS MÉTODOS NATURALES

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

1.10.10.3.1. MÉTODOS DE CALENDARIO

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

1.10.10.3.2. MÉTODO DE LA TEMPERATURA

Este método depende de un solo signo, la elevación de la temperatura corporal basal. La mujer al despertar, antes de levantarse, debe efectuar la medición de su temperatura todas las mañanas, en la misma situación, y por la misma vía, después de al menos cinco horas de sueño continuo.

La medición puede ser oral, rectal o vaginal, pero la más --- exacta es la rectal. Se debe efectuar el registro gráfico -- del resultado de la medición para poder observar los cambios

térmicos, que indiquen si se produjo o no la ovulación. Este cambio generalmente es discreto, con una variación de 0.2 a 0.4 grados centígrados. Se registra la temperatura basal diariamente. La pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el primer día de menstruación y el tercer día consecutivo de temperatura elevada. La espera de tres días, pos-elevación de la temperatura, contribuirá a evitar que el óvulo sea fecundado.

1.10.10.3.3. MÉTODO DEL MOCO CERVICAL.

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

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

El último día de secreción de moco se llama día cuspide, se marca con una "X" y sólo puede confirmarse al día siguiente, cuando vuelve el patrón infértil o días secos que determinan el comienzo de la etapa infértil del ciclo menstrual a partir del cuarto día después del cuspide. Los tres días siguientes al día cuspide se marcan 1, 2, 3. Los últimos días infértiles del ciclo menstrual comprenden desde el cuarto día después del día cuspide hasta el final del ciclo.

Cuando se desea prevenir el embarazo, la pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales: Todos los días que se observe secreción del moco cervical hasta el cuarto día después del día cuspide, los días de menstruación y al día siguiente de cualquier relación sexual en días secos, antes del día cuspide.

1.10.10.3.4. MÉTODO SINTOTÉRMICO

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

La aceptante de estos métodos puede ser adiestrada por personal capacitado, se requiere de un período largo de instrucción inicial y asesoramiento progresivo.

1.10.10.4. LINEAMIENTOS GENERALES PARA PRESCRIPCIÓN, -----

EFFECTOS COLATERALES Y CONDUCTA A SEGUIR.**Lineamientos generales para la prescripción:**

Se debe cumplir con los siguientes procedimientos:

- Mantener una estrecha relación entre el prestador de servicio y la pareja usuaria, proporcionar una adecuada información para la cabal comprensión del método.
- La pareja usuaria debe aceptar el compromiso absoluto de abstinencia sexual durante los períodos de fertilidad en el ciclo menstrual, determinados de acuerdo con los procedimientos descritos para cada método.

Efectos colaterales:

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

Conducta a seguir:

Reforzar consejería y cambiar de método.

1.10.10.5. SEGUIMIENTO DE LA USUARIA

Las visitas de seguimiento serán para evaluación del conocimiento y adhesión al método, así como para el reforzamiento de la consejería de métodos más efectivos (55).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Poder Ejecutivo Federal
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- (2) Poder Ejecutivo Federal
Plan Nacional de Desarrollo, 1995-2000, Pág X
- (3) Secretaría de Salud
Ley General de Salud, Pág. 1, 2
- (4) Secretaría de Salud
Ley General de Salud, Pág. 3
- (5) Mohammad Naghi N.
Administración de Programas de Planificación Familiar,
Pág. 40-50
- (6) Poder Ejecutivo Federal
Plan Nacional de Desarrollo, 1995-2000, Pág. 24-25.
- (7) Poder Ejecutivo Federal
Plan Nacional de Desarrollo, 1995-2000, Pág. 38-39
- (8) Dirección General de Salud Reproductiva
Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planifica--
ción Familiar, Mayo 1994, Pág. 22
- (9) Secretaría de Salud
Estrategia de Extensión de Cobertura, Pág. 1-15
- (10) Secretaría de Salud
Ley General de Salud, Pág. 12-14
- (11) Dirección General de Salud Reproductiva
Salud Reproductiva, Módulo 1, Pág. 1-5
- (12) Poder Ejecutivo Federal
Plan Nacional de Desarrollo, 1995-2000, Pág. 78-80
- (13) Dirección General de Salud Reproductiva
Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planifica--
ción Familiar, Pág. 12
- (14) Secretaría de Salud
Planificación Familiar y Salud Reproductiva, Pág. 291
- (15) Malcolm Potts Clive Wood
Nuevos conceptos en medidas anticonceptivas. Pág.46-47
- (16) Secretaría de Salud
Ley General de Salud, Pág. 14-15
- (17) Sistema Nacional de Salud
Varios folletos informativos de la Estrategia de Exten

- sión de Cobertura.
- (18) **Mohammad Naghinamak**
Administración de Programas de Planificación Familiar,
Pág. 221-230.
- (19) **Avedis Donabedian**
Aspectos Fundamentales de la Organización Médica, Pág.
495-515.
- (20) **DIF Municipal**
Municipio de Tzimol, Chiapas.
- (21) **Chinoy Ely**
La Sociedad, Pág. 36-42
- (22) **Poder Ejecutivo Federal**
Plan Nacional de Desarrollo, 1995-2000, Pág. 90-91
- (23) **Paul B. Horton**
Sociología, Pág. 279-288
- (24) **Facultad de Medicina**
Embriología, Pág. 123
- (25) **Jorge Sánchez Ascana**
Fundamentos de Economía, Pág. 46-52
- (26) **Miriam J. Manisoff**
Enseñanza de Planeación Familiar, Pág. 25
- (27) **Beals Ralph L.**
Introducción a la Antropología, Pág. 502
- (28) **Maldonado Oscar**
Los Católicos y la Planeación Familiar, Pág. 110
- (29) **Vitale Luis**
Historia y Sociología de la Mujer Latinoamericana, --
Pág. 21-28
- (30) **Aguilar Citlali**
Textos y Pretextos, II Estudios Sobre la Mujer, Pág. -
41.
- (31) **Paz Octavio**
El Laberinto de la Soledad, Pág. 18
- (32) **Lagarde Marcela**
Cautiverio de las Mujeres, Madres, Esposas, Monjas, Pu

- tas, Presas y Locas.- Pág. 356
- (33) Pink de Weiss Susan
Estudio Social Psicológico de la Planificación Fami-
liar.- Pág. 14
- (34) Birou A.
Léxico de Sociología.- Pág. 95
- (35) Vega Leopoldo
Bases esenciales de la Salud Pública.- Pág. 62
- (36) Poder Ejecutivo Federal
Plan Nacional de Desarrollo.- 1995-2000.- Pág. 93-96
- (37) San Martín Hernán
Salud y Enfermedad.- Pág. 211
- (39) Poder Ejecutivo Federal
Plan Nacional de Desarrollo.- 1995-2000.- Pág. 96
- (39) Monroy Anameli D. Velasco
El Maestro y la Planificación Familiar.- Pág. 55
- (40) Poder Ejecutivo Federal
Plan Nacional de Desarrollo.- 1995-2000.- Pág. 81-82
- (41) Ander Egg Ezequiel
Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad.
Pág. 45
- (42) San Martín Hernán
Salud y Enfermedad.- Pág. 722
- (43) Lavis Straus Claude
La Familia el Hombre, Cultura y Sociedad.- Pág. 272
- (44) Aguilar Citlali
Textos y Pretextos II Estudios sobre la Mujer.- Pág.-
169-231
- (45) Pink de Wiss Susan
Estudio Social Psicológico de la Planificación Familiar
Pág. 40-41
- (46) Sollerot Evelyne
Historia y Sociología del Trabajo Femenino.- Pág. 19-22
- (47) Neghi Mohammad
Administración de Programas de Planificación Familiar.

- Pág. 109
- (48) **Silver José**
Fundamentos de Economía.- Pág. 15
- (49) **Instituto de Estudios Políticos, Económicos y Sociales.**
Economía y Sociedad.- Pág. 22
- (50) **Naghi Mohammad**
Administración de Programas de Planificación Familiar.
Pág. 101
- (51) **Secretaría de Salud**
Programa de Planificación Familiar.- Pág. 1-2
- (52) **Pick de Weiss**
Estudio Social Psicológico de la Planificación Fami---
liar.- Pág. 66
- (53) **Dirección General de Salud Reproductiva**
Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planifica--
ción Familiar. Pág. 22
- (54) **Sdesous Trias de Bes**
Anticoncepción.- Pág. 15-16
- (55) **Dirección General de Salud Reproductiva**
Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planifica--
ción Familiar.- Pág. 22-60

2.- R E S U L T A D O S

El análisis que a continuación se presenta, son el resultado de la información obtenida a través de la aplicación de 161 encuestas realizadas con la finalidad de conocer la influencia que tienen los factores educativos, económicos, sociales, culturales y los niveles de información sobre los métodos anticonceptivos para la aceptación de la planificación familiar de las mujeres en edad fértil en algunas de las comunidades del módulo de Tzimol en Comitán, Chiapas.

Se llegó a lo siguiente:

La edad es un factor significativo en la morbilidad materno-infantil, ya que dentro de los riesgos a los que se exponen las mujeres que se embarazan antes de los 20 años o después de los 35 años son: Partos prematuros, toxemias, anemia, placenta previa o acreta entre otros y generalmente estos embarazos no son deseados.

De acuerdo a la edad de las mujeres y su relación con el uso de métodos anticonceptivos del módulo de Tzimol, se observa que el 33.4% tienen entre 15-19 años, el 32.2% no usan métodos anticonceptivos y el 1.2% si los usan; el 15% tienen entre 20-24 años, el 3.1% si usan métodos anticonceptivos y el 11.9% no los usan; el 32% tienen entre 25-29 años, el 11.2% los usan y el 11.8% no los usan; el 10% tienen entre 30-34 años, el 7.5% aceptan utilizarlos y el 2.5% no aceptan; 8.6% tienen entre 35-39 años, el 4.3% si utilizan y el mismo porcentaje no utilizan; 6.9% tienen entre 40-44 años, el 1.9% se abstienen de utilizarlos y el 5% los utiliza; 3.1% tienen de 45-49 años y todas utilizan algún método.

Como podemos observar, mientras más jóvenes son, menos aceptan utilizar un método anticonceptivo y conforme avanza la edad, el porcentaje se iguala o aumenta a favor del uso de los métodos, pudiendo comprobar esto porque a la edad de 15-24 años el 44.1% no utilizan un método y a las edades de 25-29 y 35-39 el mismo porcentaje utiliza o no usa, mientras que en las edades de 30-34 ó 40-44 por --

cada mujer que no utiliza un método 3 lo hacen; y en la -- edad de 45-49 todas aceptan utilizar un método.

Es importante mencionar que no todas las mujeres jóvenes tienen la necesidad de utilizar un método y las que por sus características podrían utilizarlo no lo aceptan, porque desean tener sus hijos con edades consecutivas y mientras son jóvenes y posteriormente la pareja o ellas mismas buscan o solicitan los métodos anticonceptivos de alta efectividad. (O.T.B.) (ver cuadro No. 1. Pág.130).

La psicología de la mujer cambia en forma considerable de acuerdo al estado civil que tenga, por la cultura en que está inmersa, si la mujer está unida en matrimonio acorde a las leyes que establece la sociedad será aceptada en la familia y la comunidad, ella y sus hijos, pero si no cumple con lo anterior, en vista con recelo y en muchas ocasiones expulsadas del hogar, por lo que recurren a medidas abortivas y no a métodos anticonceptivos y se aumenta la morbilidad materna e infantil.

En relación al estado civil que tienen las mujeres en edad fértil y su relación con el uso de métodos anticonceptivos se encuentra que el 41.6% son solteras y ninguna utiliza algún método anticonceptivo, 29.2% son casadas de las cuales el 14.9% utilizan un método y el 14.3% no utilizan ninguno; 14.9% vive en unión libre, el 6.2% no son usuarias y el 8.7% son usuarias; el 6.8% son mujeres separadas, de las cuales el 4.3% acepta los métodos y el 2.5% no aceptan utilizar ningún método; el 7.5% son viudas y todas utilizan un método.

Podemos observar que el mayor porcentaje son mujeres solteras y no necesitan utilizar métodos anticonceptivos por no haber iniciado su vida sexual activa y para fines de este trabajo se excluirán de los demás cuadros para que la información sea lo más cercana a la realidad.

CUADRO No. 1

MUJERES EN EDAD FÉRTIL Y SU RELACIÓN CON EL USO DE MÉTODOS -
ANTICONCEPTIVOS DEL MÓDULO DE TZIMOL QUE PERTENECE A LA JU-
RISDICCIÓN III COMITÁN EN EL ESTADO DE CHIAPAS.

Edad	Uso de métodos anticonceptivos		No uso de métodos anticonceptivos		Total	
	F (X)	%	F (X)	%	F (X)	%
15 - 19	2	1.2	52	32.2	54	33.4
20 - 24	5	3.1	19	11.9	24	15.0
25 - 29	18	11.2	19	11.8	37	23.0
30 - 34	12	7.5	4	2.5	16	10.0
35 - 39	7	4.3	7	4.3	14	8.6
40 - 44	8	5.0	3	1.9	11	6.9
45 - 49	5	3.1	0	0.0	5	3.1
TOTAL:	57	35.4	104	64.6	161	100.0

FUENTE: Encuesta aplicada a mujeres que habitan en cuatro comunidades del módulo de Tzimol en Comitán, Chiapas, durante los meses de junio y julio de 1996.

De las mujeres que son casadas la relación es de una a una, mientras que las mujeres que viven en unión libre o separadas el mayor porcentaje de ellas utiliza un método y el 7.5% son viudas y todas ya utilizaban un método anticonceptivo.

Es importante mencionar que las mujeres que tienen una vida familiar aceptada por la comunidad, el que utilicen o no un método anticonceptivo es bien visto y la decisión dependerá de la pareja, mientras que las mujeres que viven en unión libre o separadas, ellas tratarán de planificar su familia por no tener seguridad en la relación que llevan; las mujeres -- viudas cuando eran casadas ya habían decidido usar un método definitivo por lo que actualmente son usuarias (ver cuadro - No. 2, pág. 132).

Todo proceso educativo tiene la finalidad de que el individuo (hombre o mujer) de manera libre y responsable se desarrolle y sea capaz de pensar por sí mismo y tomar decisiones racionales acordes con el momento histórico que vive.

En el campo, la situación económica social y cultural es desfavorable así como las restricciones que se tienen para el sexo femenino hacen que su nivel educativo sea mínimo, esto se reflejó en el grado de escolaridad con que cuentan las -- mujeres con vida sexual activa y su relación con el uso de métodos anticonceptivos, el 27.6% son analfabetas, de éstas el 13.8% son usuarias y el mismo porcentaje no lo son; el -- 27.7% saben leer y escribir, el 20.2% usan algún método y el 7.5% no usan; 26.6% no han terminado la primaria, de ellas el 11.7% no es usuaria y el 14.9% es usuaria; el 18.1% tienen primaria completa, el 11.7% aceptan planificar su familia y el 6.4% no lo hacen.

Podemos ver que la escolaridad influye notablemente en la -- aceptación de métodos anticonceptivos, mientras menos educación tengan será menor la aceptación, esto lo podemos compro

CUADRO No. 2

ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL Y SU RELACIÓN CON EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEL MÓDULO DE TZIMOL QUE PERTENECE A LA JURISDICCIÓN III COMITÁN EN EL ESTADO DE CHIAPAS.

Estado Civil	Uso de métodos anticonceptivos		No uso de métodos anticonceptivos		Total	
	F (X)	%	F (X)	%	F (X)	%
Soltera	00	0.0	67	41.6	67	41.6
Casada	24	14.9	23	14.3	47	29.2
Unión libre	14	8.7	10	6.2	24	14.9
Separada	07	4.3	04	2.5	11	6.8
Viuda	12	7.5	00	0.0	12	7.5
TOTAL:	57	35.4	104	64.6	161	100

PUENTE: La misma del cuadro No. 1

bar claramente porque si la mujer es analfabeta, de una usuaria una no lo es, y cuando ya saben leer y escribir, de una no usuaria 2.7 si lo son.

Cuando tienen primaria incompleta la relación es de 1 a 1.2_ y si terminaron la primaria es de 1 a 1.8, como podemos ver_ aumenta a favor del uso de métodos anticonceptivos. Es impo_ tante mencionar que el grado más alto de educación que tie_ nen estas mujeres es la primaria y únicamente el 18.1% la -- han terminado, el resto de las mujeres tienen una educación_ pobre; ésto no les permite desarrollarse y poder tomar deci_ siones racionales en favor de su familia (ver cuadro No. 3, _ pág. 134).

La capacitación es una actividad que le permite a los indivi_ duos tomar decisiones ya que mediante un curso se proporcio_ na información básica sobre un tema y adquiere habilidades - que le ayudarán a mejorar sus condiciones de vida.

En cuanto a que si las mujeres con vida sexual activa han -- tomado cursos y su relación con el uso de métodos anticoncep_ tivos, el 94.74 nunca ha tomado un curso, de éstas el 57.48 son us_ rias y el 37.34 no lo son; el 5.3% si tomaron algún curso, - de ellas el 3.2% usan un método, el 2.1% no usan ninguno; es notable que los cursos no influyen para que ellas acepten o_ no la planificación familiar, de las mujeres que si tomaron_ curso, de una que no es usuaria 1.5 si es usuaria, esta mis_ ma proporción se encuentra entre las mujeres que no tienen - ningún curso.

Esto es principalmente porque en las comunidades nadie impag_ te cursos de ningún tipo. (ver cuadro No. 4, pág. 135).

La religión es una parte inevitable de toda cultura, todas - las comunidades desarrollan ciertas normas destinadas a con_ trolar o darle explicación a lo inesperado o lo que no en--

CUADRO No. 3

GRADO DE ESCOLARIDAD CON QUE CUENTAN LAS MUJERES CON VIDA ---
SEXUAL ACTIVA Y SU RELACIÓN CON EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEP-
TIVOS DEL MÓDULO DE TZIMOL QUE PERTENECE A LA JURISDICCIÓN --
III COMITAN EN EL ESTADO DE CHIAPAS.

Escolaridad	Uso de métodos anticonceptivos		No uso de métodos anticonceptivos		Total	
	F (X)	%	F (X)	%	F (X)	%
Analfabeta	13	13.8	13	13.8	26	27.6
Sabe leer y escribir	19	20.2	7	7.5	26	27.7
Primaria <u>in</u> completa	14	14.9	11	11.7	25	26.6
Primaria -- completa	11	11.7	6	6.4	17	18.1
TOTAL:	57	60.6	37	39.4	94	100.0

FUENTE: La misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 4

**CURSOS QUE HAN TOMADO LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y -
SU RELACIÓN CON EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEL MÓDULO
DE TZIMOL QUE PERTENECE A LA JURISDICCIÓN III COMITÁN EN EL
ESTADO DE CHIAPAS.**

Tomó Cursos	Uso de métodos anticonceptivos		No uso de métodos anticonceptivos		Total	
	F (X)	%	F (X)	%	F (X)	%
Si	3	3.2	2	2.1	5	5.3
No	54	57.4	35	37.3	89	94.7
TOTAL:	57	60.6	37	39.4	94	100.0

FUENTE: La misma del cuadro No. 1

tienden y de esta manera reforzar y mantener los valores y - costumbres de su misma cultura. La función de la religión -- consiste en dar una imagen organizada del universo y establecer una relación más o menos organizada entre el hombre y el universo sin que se cuestione el porqué.

En cuanto a la religión de las mujeres con vida sexual activa y su relación con el uso de métodos anticonceptivos, encontramos que el 72.3% son católicas, de las cuales el 48.9% utilizan un método y el 23.4% no lo utilizan; el 12.8% son evangelistas, de ellas el 11.7% son usuarias y el 1.1% no lo son; el 9.6% tienen otro tipo de religión y el 5.3% no tienen religión y ninguna de estas mujeres usa un método anticonceptivo.

Se observa que la religión que más se practica es la católica y que por cada mujer que no planifica dos sí lo hacen y - por cada mujer evangelista que no utiliza algún método 11 de ellas sí lo hacen. Las mujeres que tienen otra religión o -- que no tienen religión, ninguna es usuaria. Se ve claramente que la religión no influye para que las mujeres acepten un método anticonceptivo. 76.15% de las que practican alguna religión, utilizan métodos.

Aunque en las comunidades hay una gran diversidad de religiones, se siguen los principios y normas que establece la Iglesia Católica como parte de su cultura y la iglesia no interfiere de forma directa en las actividades que se realizan en favor de la salud reproductiva siempre y cuando se respeten las creencias que tienen. Hay que tomar en cuenta que las -- tradiciones de una comunidad son difíciles de cambiar por -- las condiciones sociales, económicas y educativas que tienen sus habitantes. (ver cuadro No. 5, Pág. 137).

Los cristianos pueden afirmar que la Iglesia Católica prohíbe el uso de métodos anticonceptivos, pero las autoridades -

CUADRO No. 5

RELIGIÓN DE LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y SU RELACIÓN CON EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEL MÓDULO DE TZIMOL - QUE PERTENECE A LA JURISDICCIÓN III COMITÁN EN EL ESTADO DE CHIAPAS.

Religión	Uso de métodos anticonceptivos		No uso de métodos anticonceptivos		Total	
	F (X)	%	F (X)	%	F (X)	%
Católica	46	48.9	22	23.4	68	72.3
Evangelista	11	11.7	1	1.1	12	12.8
Otras	9	0.0	9	9.6	9	9.6
Ninguna	0	0.0	5	5.3	5	5.3
TOTAL:	57	60.6	37	39.4	94	100.0

FUENTE: La misma del cuadro No. 1

doctrinales mencionan que la reproducción de la especie humana no es una tarea que se realiza al azar dentro de la familia, dice que los hijos se traen al mundo en el amor consciente, que influirá la salud, la habitación, la personalidad, ésto ayudará a los padres a decidir sobre el tamaño de la familia.

En cuanto a la creencia de las mujeres con vida sexual activa sobre la aceptación de la planificación familiar, por parte de su religión y la relación que existe con el uso de métodos anticonceptivos, encontramos que el 94.7% de las mujeres creen que su religión sí acepta la planificación familiar de las cuales el 60.6% usan métodos y el 34.1% no; el 5.3% de las mujeres creen que su religión no acepta los métodos anticonceptivos y no son usuarias.

Se observa que cuando la mujer cree que su religión acepta la planificación familiar, 1 no es usuaria y 1.7 acepta un método, pero si la mujer cree que su religión prohíbe esta practica ninguna utiliza ningún método.

En estas comunidades no todas las mujeres utilizan un método aún cuando la religión que practica y la situación actual en la que viven se lo permitieran, ellas tienen la opción de elegir y la religión acepta y apoya su decisión; actualmente se ha enfatizado en la responsabilidad que tienen los padres para con sus hijos, proporcionándoles bienestar para su crecimiento y desarrollo de acuerdo a su cultura (ver cuadro No. 6, pág.139).

La ocupación nos ayuda a explicar las condiciones de vida de una población por la diversidad de riesgos a los que se somete el individuo y por la diferencia de ingresos y egresos económicos de la familia. En relación a la mujer es importante ya que durante el embarazo se deben evitar las so-

CUADRO No. 6

LA ACEPTACIÓN EN LA RELIGIÓN DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR ENTRE LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y SU RELACIÓN CON EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEL MÓDULO DE TZIMOL QUE PERTENECE A LA JURISDICCIÓN III COMITÁN EN EL ESTADO DE CHIAPAS.

Su religión acepta la pla nificación fami liar.	Uso de métodos anticonceptivos		No uso de métodos anticonceptivos		Total	
	F (X)	%	F (X)	%	F (X)	%
Si	57	60.6	32	34.1	89	94.7
No	0	0.0	5	5.3	5	5.3
TOTAL:	57	60.6	37	39.4	94	100.0

FUENTE: La misma del cuadro No. 1

brecargas físicas, sustituir ciertas actividades para evitar complicaciones.

La ocupación que tienen las mujeres con vida sexual activa y su relación con el uso de métodos anticonceptivos se encontró que el 87.2% se dedican al hogar, el 47.8% son usuarias y el 39.4% no lo son; el 6.4% trabajan y el mismo porcentaje tiene otra ocupación y todas ellas sí utilizan un método anticonceptivo. Se observa que de las mujeres que se dedican al hogar la mujer no utiliza un método y 1.2 es usuaria, si realizan otra actividad usan la planificación familiar.

Es importante mencionar que la mayoría de las mujeres realiza actividades domésticas únicamente y que no se relacionan con ningún otro tipo de gente y aunque sí usan métodos, esa ocupación no las condiciona a utilizarlos; si la mujer realiza otra actividad los utiliza porque un embarazo no les favorece, ellas se preocupan por incrementar sus ingresos no su familia. (ver cuadro No. 7, pág. 141).

A pesar de que la tenencia es relativamente barata, no todas las personas pueden construir una casa adecuada, que cuente con protección, comodidad, privacidad e higiene, la vivienda es un punto importante dentro de los factores sociales ya -- que en ella viven los miembros de una familia y el conjunto de éstas formará una comunidad con ciertas características. De acuerdo a la tenencia de vivienda que habitan las mujeres con vida sexual activa y su relación con el uso de métodos anticonceptivos, tenemos que el 60.6% son usuarias, el 39.4% no utilizan ningún método y todas ellas tienen una casa propia, no se puede ver claramente la influencia que tiene el tipo de casa con la aceptación de los métodos porque toda la población tiene casa propia, pero más de la mitad de estas mujeres sí aceptan la planificación familiar debido a que se

CUADRO No. 7

OCUPACIÓN QUE TIENEN LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y SU RELACIÓN CON EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEL MÓDULO DE TZIMOL QUE PERTENECE A LA JURISDICCIÓN III COMITÁN EN EL ESTADO DE CHIAPAS.

Ocupación	Uso de métodos anticonceptivos		No uso de métodos anticonceptivos		Total	
	F (X)	%	F (X)	%	F (X)	%
Hogar	45	47.8	17	39.4	62	87.2
Trabajo	6	6.4	0	0.0	6	6.4
Otros	6	6.4	0	0.0	6	6.4
TOTAL:	57	60.6	17	39.4	94	100.0

FUENTE: La misma del cuadro No. 1

preocupan porque a los hijos los padres les den un lugar para construir su casa y si tienen muchos hijos ésto les será más difícil.

Es importante mencionar que todas las casas son propias pero son pocas las mujeres que cuentan con una casa digna.

Las casas son de techo de palma, piso de tierra, paredes de bambú con lodo, y no cuentan con todos los servicios. (ver cuadro No. 8, Pág. 143).

Hay ciertas características que afectan directamente a los seres humanos para que cambien su lugar de residencia por otro; éstos pueden ser el rechazo, la atracción; los medios para que una persona se traslade a una nueva región cambia la composición de la población porque el individuo tiene que adaptarse a las características de la localidad y viceversa.

El tiempo que tienen las mujeres con vida sexual activa de vivir en Comitán, Chiapas y su relación con el uso de métodos anticonceptivos, el 78.7% tiene más de 16 años de vivir en Comitán, de las cuales el 43.6% utilizan un método y el 35.1% ningún método; el 9.6% tienen de 11 a 15 años de residir en Comitán, el 5.3% es usuaria y el 4.3% no lo es; de 6 a 10 años, el 7.4% y de días a 5 años el 4.3% todas usan algún método.

Se observa que si la mujer tiene de 11 años en adelante, por cada mujer que no usa un método 1.2 lo hacen, aunque es poca la diferencia es mayor el número de usuarias. Pero si tiene menos de diez años en Comitán, todas aceptan la planificación familiar.

Es importante mencionar que el programa de planificación familiar tiene aproximadamente 10 años de proporcionar el ser-

CUADRO No. 8

TIPO DE VIVIENDA EN LA QUE HABITAN LAS MUJERES CON VIDA ---
SEXUAL ACTIVA Y SU RELACIÓN CON EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEP-
TIVOS DEL MÓDULO DE TZIMOL QUE PERTENECE A LA JURISDICCIÓN -
III COMITÁN EN EL ESTADO DE CHIAPAS.

Tipo de Vivienda	Uso de métodos anticonceptivos		No uso de métodos anticonceptivos		Total	
	F (X)	%	F (X)	%	F (X)	%
Propia	57	60.6	37	39.4	94	100
TOTAL:	57	60.6	37	39.4	94	100

FUENTE: La misma del cuadro No. 1

vicio a la comunidad y que sus logros y beneficios los podemos constatar en este cuadro. En los últimos 10 años todas las mujeres que tienen el acceso a este servicio han utilizado alguna vez un método. (ver cuadro 9, pág.145).

La comunidad es una agrupación organizada de personas que se perciben como unidad social cuyos miembros participan de algunos intereses comunes con una conciencia de pertenencia en favor de la misma organización que se encuentra situada en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interaccionan más entre sí respetando las normas, leyes y costumbres impuestas por ellos mismos.

De acuerdo al tiempo que tienen las mujeres con vida sexual activa viviendo en su comunidad y su relación con el uso de métodos anticonceptivos se encontró que el 62.8% tienen más de 15 años viviendo en su comunidad de las cuales el 39.3% son usuarias y el 23.5% no lo son; 17.1% tienen de 11 a 15 años, el 12.8% utilizan algún método y el 4.3% ninguno; -- 14.9% tienen menos de 5 años de ellas el 6.4% usan un método anticoncepto y el 8.5% no usan ninguno; 5.2% tienen de 6 a 10 años el 2.1% aceptan los métodos y el 3.1% no los aceptan.

Podemos observar que la mayor aceptación de métodos anticonceptivos está entre las mujeres que tienen de 11 a 15 años en la comunidad ya que de cada mujer que no usa un método -- tres son usuarias; sin embargo de las mujeres que tienen menos de 10 años la proporción es de 1 por 1.5 en contra de los métodos y esta misma razón la tenemos en el rubro de 15 años pero en sentido inverso.

Es importante mencionar que este fenómeno puede estar dado porque la gente que llegó no ha adquirido el sentido de pertenencia y no participa directamente con la comunidad. Esto

CUADRO No. 9

NÚMERO DE AÑOS QUE TIENEN DE VIVIR EN COMITÁN LAS MUJERES --
CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y SU RELACIÓN CON EL USO DE MÉTODOS --
ANTICONCEPTIVOS DEL MÓDULO DE TZIMOL QUE PERTENECE A LA JU--
RISDICCIÓN III COMITÁN, EN EL ESTADO DE CHIAPAS.

Tiempo de - vivir en Co mitán.	Uso de métodos anticonceptivos		No uso de métodos anticonceptivos		Total	
	F (X)	%	F (X)	%	F (X)	%
De días a 5 años	4	4.3	0	0.0	4	4.3
De 6 a 10 años	7	7.4	0	0.0	7	7.4
De 11 a 15 años	5	5.3	4	4.3	9	9.6
De 16 años en -- adelante	41	43.6	33	35.1	74	78.7
TOTAL:	57	60.6	37	39.4	94	100.0

FUENTE: La misma del cuadro No. 1

no ocurre con la gente que tiene más de 15 años en la comunidad, pero esta característica también dificulta un poco la aceptación. (ver cuadro No. 10, Pág. 147)

La planificación familiar contribuye al bienestar de la población porque trata a la familia de manera integral para mejorar su calidad de vida detectando los factores de riesgo y orientando sobre educación sexual, alimentación, vivienda, salud física, psicológica y social.

La importancia que tiene la planificación familiar para las mujeres con vida sexual activa y su relación con el uso de métodos anticonceptivos: El 39.4% es para brindar a los hijos lo necesario para su crecimiento y desarrollo de las cuales el 29.8% sí utilizan un método; para seguridad económica el 21.3% de ellas usan algún método y el 7.4% ningún método; el 11.7% para dar amor y recibir, de ellas el 8.5% son usuarias y el 3.2% no lo son; para el 29.2% de estas mujeres no es importante planificar la familia, el 1% usan un método y el 19.2% no utilizan ningún método.

Podemos observar que si la mujer no sabe cuál es la importancia de la planificación familiar o sus bases no están bien cimentadas disminuye la cantidad de usuarias, esto lo podemos comprobar por cada mujer que no planifica 3 sí lo hacen porque están seguras de que podrán brindarle a sus hijos algo mejor, mientras que por una no usuaria 2.8 utilizan algún método para una seguridad económica, esta opción no está garantizada; por una no usuaria 2.6 son usuarias para darles amor y recibir de ellos, esto es algo subjetivo y si para la mujer no es importante la planificación familiar encontramos que por cada usuaria 18 no utilizan ningún método.

Es importante mencionar que en la comunidad el personal de salud da consejería, para el uso de métodos anticonceptivos,

CUADRO No. 10

TIEMPO QUE TIENEN LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA EN SU --
 COMUNIDAD Y SU RELACIÓN CON EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
 DEL MÓDULO DE TZIMOL QUE PERTENECE A LA JURISDICCIÓN III COMI
 TÁN EN EL ESTADO DE CHIAPAS.

Tiempo que tie- nen viviendo - en la comunidad	Uso de métodos anticonceptivos		No uso de métodos anticonceptivos		Total	
	F (X)	%	F (X)	%	F (X)	%
De días a 5 años	6	6.4	8	8.5	14	14.9
De 6 a 10 años	2	2.1	3	3.1	5	5.2
De 11 a 15 años	12	12.8	4	4.3	16	17.1
De 16 años en - adelante	37	39.3	22	23.5	59	62.8
TOTAL:	57	60.6	37	39.4	94	100.0

FUENTE: La misma del cuadro No. 1

pero no menciona de manera clara e insistente la importancia de la planificación familiar. (ver cuadro No. 11, pág.149).

El matrimonio es la tendencia del hombre y la mujer a unirse en una convivencia conyugal y no puede considerarse una costumbre social, una norma que impone la autoridad, un remedio para los problemas sino la responsabilidad de la pareja para poder formar una familia y de esta manera transmitir los conocimientos adquiridos a sus hijos y su pareja y adaptarse a su nueva vida. Para que ésto sea posible es necesario una preparación y madurez física, psicológica y social y ésto se obtiene a través del tiempo.

Una mujer mientras más joven se casa, mayor será el porcentaje de quedar embarazada y de presentar complicaciones en este periodo.

La edad a la que se casaron las mujeres con vida sexual activa y su relación con el uso de métodos anticonceptivos: El 73.5% se casó entre 15-19 años, de ellas 42.6% aceptan un método y el 30.9% no aceptan; el 22.3% iniciaron su vida sexual activa a la edad de 20-24, el 14.9% usa un método y el 7.4% no usa ninguno; el 4.2% a la edad de 25-29 años, de ellas el 3.1% son usuarias y el 1.1% no lo son.

Mientras más edad tenga la mujer cuando se casa, mayor es la aceptación de métodos anticonceptivos, ésto se reafirma con lo siguiente: A la edad de 15-19, por una mujer que no acepta 1.3 si acepta los métodos; a la edad de 20-24 la relación es de 1 a 2; y de 25-29 es de 1 a tres a favor del uso de métodos anticonceptivos, pero en estas comunidades el mayor porcentaje se casa entre los 15-19 años.

Es importante mencionar que las mujeres que viven en las comunidades del módulo de Tzimol aún tienen la idea que su desti

CUADRO No. 11

IMPORTANCIA QUE TIENE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y SU RELACIÓN CON EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEL MÓDULO DE TZIMOL QUE PERTENECE A LA JURISDICCIÓN III COMITÁN EN EL ESTADO DE CHIAPAS.

Importancia de la planificación familiar.	Uso de métodos anticonceptivos		No uso de métodos anticonceptivos		Total	
	F(X)	%	F(X)	%	F(X)	%
Para brindar a los hijos lo necesario para su crecimiento y desarrollo	28	29.8	9	9.6	37	39.4
Para seguridad económica	20	21.3	7	7.4	27	28.7
Para darles amor y recibirllos de ellos.	8	8.5	3	3.2	11	11.7
No es importante	1	1.0	18	19.2	19	20.2
TOTAL:	57	60.6	37	39.4	94	100.0

FUENTE: La misma del cuadro No. 1

no es casarse y mientras más jóvenes es mejor y en ésta decisión influyen de manera importante los padres de la pareja. Ellos no les orientan sobre qué es el matrimonio, sino sobre con quién se van a casar (Ver cuadro No. 12, Pág. 151).

Es evidente que el tamaño de la familia y el número de hijos que tiene la pareja está determinada por su clase social, -- cultura, educación, religión y los costumbres que se tengan en la comunidad que habitan; los matrimonios generalmente antes de casarse no eligen el tipo de familia que desean formar y mucho menos cuántos hijos tendrán.

De acuerdo al número de hijos que tiene las mujeres con vida sexual activa y su relación con el uso de métodos anticonceptivos encontramos que el 3.2% tienen más de 7 hijos y que el 7.4% no tienen. De estos dos grupos de mujeres ninguna -- son usuarias; el 41.9% tienen de 3 a 4 hijos, de ellas el -- 33% son usuarias y el 6.9% no lo son; el 34% tienen de 1 a 2 hijos, de ellas el 19% no utilizan un método y el 18.1% si -- utiliza; el 13.9% tienen de 5 a 6 hijos, de ellas el 9.5% -- son usuarias y el 4.3% no lo son.

Se observa que el número de hijos que tienen las parejas de estas comunidades es de 3 a 4 y esto está directamente relacionado con la aceptación de métodos anticonceptivos ya que de cada mujer que no planifica tenemos 3.8 que sí lo hacen. -- mientras que esta proporción disminuye en relación a los hijos, 1 a 2 hijos la relación es de por una no usuaria 1.1 -- si lo es y si se tienen de 5 a 6 hijos, por una mujer no usuaria 2.2. son usuarias.

Es importante mencionar que en estas comunidades la mujer al tener los hijos que desea opta por un método definitivo --- (O.T.B.) y que si tienen más de 6 hijos es por el mal uso de los métodos o porque la mujer no cree necesitar de ellos.

CUADRO No. 12

EDAD A LA QUE SE CASARON LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y SU RELACIÓN CON EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEL MÓDULO DE TZIMOL QUE PERTENECE A LA JURISDICCIÓN III COMITÁN EN EL ESTADO DE CHIAPAS.

Edad a la que contrajo matrimonio	Uso de métodos anticonceptivos		No uso de métodos anticonceptivos		Total	
	F (X)	%	F (X)	%	F (X)	%
15-19	40	42.6	29	30.9	69	73.5
20-24	14	14.9	7	7.4	21	22.3
25-29	3	3.1	1	1.1	4	4.2
TOTAL:	57	60.6	37	39.4	94	100.0

FUENTE: La misma del cuadro No.1

(ver cuadro No. 13, Pág.153).

Los hijos desde su nacimiento se les designan las actividades que han de desempeñar, de acuerdo al sexo, el género, la clase social, las características y las condiciones de acuerdo a la cultura que tengan los padres. Hay dos motivos, los intrínsecos y los extrínsecos para que una pareja quiera un hijo de algún sexo en especial. El intrínseco implica el deseo de dar esperando recibir, atribuyéndole un valor palpable y concreto a lo que se recibe y puede ser el contar con ayuda, con apoyo económico, con prestigio, seguridad, etc..

De acuerdo al sexo de los hijos que tienen las mujeres en estudio y su relación con el uso de métodos anticonceptivos, tenemos que el 18.1% tienen hijos, las cuales el 11.7% ya utilizan un método y el 6.5% aún no utilizan; el 14.9% tienen hijas y el porcentaje es igual en cuanto al uso de métodos y el 7.4% no tienen ningún hijo y tampoco utilizan un método; el 59.6% de la población en estudio tiene hijos de ambos sexos, el 41.5% son usuarias y el 18.1% no.

Se observa que si tienen hijos, son más las que utilizan métodos anticonceptivos, sin embargo si son niñas el porcentaje es similar y si tienen hijos de ambos sexos la mayoría de las mujeres optan por utilizar un método para planificar su familia con una relación de 1 a 2.3.

Es importante mencionar que en estas comunidades cuando la pareja quiere hijos o está buscando el varón, el hombre es el que no acepta en su totalidad planificar la familia, quiere seguir teniendo hijos independientemente de los que traiga como consecuencia, y si la pareja quiere una hija, generalmente es la mujer la que no acepta utilizar algún método o no lo usa en forma adecuada, pero si ya tienen hijos de ambos sexos, la pareja elige ya no tener más hijos y darle a -

CUADRO No. 13

NÚMERO DE HIJOS QUE TIENEN LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y SU RELACIÓN CON EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEL MÓDULO DE TZIMOL QUE PERTENECE A LA JURISDICCIÓN III COMITÁN EN EL ESTADO DE CHIAPAS.

No. de Hijos	Uso de métodos anticonceptivos		No uso de métodos anticonceptivos		Total	
	F (x)	%	F (x)	%	F (x)	%
Ninguno	0	0.0	7	7.4	7	7.4
1-2	17	18.1	15	16.0	32	34.0
3-4	31	33.0	8	8.5	39	41.5
5-6	9	9.5	4	4.3	13	13.9
7 en adelante	0	0.0	3	3.2	3	3.2
TOTAL:	57	60.6	37	39.4	94	100.0

FUENTE: La misma del cuadro No.1

los que tienen lo necesario porque ellos están de acuerdo. -
(ver cuadro No. 14, Pág. 155)

No existe ninguna evidencia científica que explique satisfactoriamente porqué la gente desea tener hijos o que otra gente los tenga. En un estudio se encontraron cuatro posibles razones a) Altruista, b) Fatalista, c) Narcisista, d) Instrumentalista, pero toda la gente opina sobre el número de hijos que debería tener una pareja.

En el cuadro referente al tipo de persona que decide el número de hijos que tienen las mujeres con vida sexual activa -- y su relación con el uso de métodos anticonceptivos se encontró que el 47.9% decide la pareja, de éste el 26.6% usan un método anticonceptivo y el 21.3% no usa ninguno; el 35.1% el esposo decide el número de hijos que tendrán, el 22.3% son usuarios y el 12.8% no lo son; 8.5% la mujer es la que decide y de ellas el 5.3% utilizan los métodos y el 3.2% no los utilizan; el 4.3% representa la decisión de la mamá, el 2.1% la suegra y de estos dos últimos porcentajes, todas son usuarias; el 2.1% otras personas deciden el número de hijos que tendrá la pareja y ninguna de ellas acepta usar algún método anticonceptivo.

Podemos observar que el número de hijos que tiene la mujer - está determinado por algunas personas, cuando decide la mamá o la suegra todas utilizan un método; esta relación cambia - cuando decide el esposo, ella o la pareja, aunque el mayor porcentaje lo representa la pareja, ésto no contribuye favorablemente al uso de métodos por lo siguiente: De una mujer que no planifica 1.2 si lo hacen, en este aspecto si decide la mujer el número de usuarias aumenta ya que por 1 no usuaria 1.6 si lo son, pero si decide el esposo, por cada mujer que no planifica 1.7 si planifica.

CUADRO No. 14

SEXO DE LOS HIJOS DE LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y SU RELACIÓN CON EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEL MÓDULO DE TZIMOL QUE PERTENECE A LA JURISDICCIÓN III COMITÁN EN EL ESTADO DE CHIAPAS.

S e x o	Uso de métodos anticonceptivos		No uso de métodos anticonceptivos		Total	
	F (X)	%	F (X)	%	F (X)	%
Masculino	11	11.7	6	6.5	17	18.1
Femenino	7	7.4	7	7.4	14	14.9
Ninguno	0	0.0	7	7.4	7	7.4
Ambos	39	41.5	17	18.1	56	59.6
TOTAL:	57	60.6	37	39.4	94	100.0

FUENTE: La misma del cuadro No. 1

Es importante mencionar que los esposos se preocupan por -- cuántos hijos pueden mantener y ellos indican a sus esposas, cómo evitar los embarazos, pero también es cierto que a las pláticas sobre el tema no asisten los hombres y que probable mente sus fuentes de información no son muy confiables y por tal motivo se presentan embarazos no deseados. (ver cuadro - No. 15, Pág. 157)

La estrategia de extensión de cobertura brinda los servicios básicos de salud a través de una auxiliar de salud quien podrá garantizar la cobertura, ella está relacionada con una partera, una supervisora y un coordinador médico, para el -- logro de sus objetivos; todo este personal podrá brindar con sejería sobre métodos anticonceptivos a la población en general.

Para saber con qué tipo de personas acuden las mujeres con vida sexual activa para informarse sobre planificación familiar y su relación con el uso de métodos anticonceptivos, se obtuvo que al 23.3% nadie les informa de ellos, el 2% si utilizan un método, el 21.3% no son usuarias; el 14.9% les informa su esposo, el 4.3% si usan un método y el 10.6% no lo usan; el 19.1% acuden con la auxiliar de salud, el 13.8% -- aceptan algún método y el 5.3% no aceptan ningún método; el 14.9% acuden al médico, el 13.8% es usuaria y el 1.1% no; el 9.6% con su suegra, el 6.4% con la enfermera, el 5.3% con su mamá, el 4.3% con la partera y todas son usuarias; el 2.2% -- con una amiga, el 1.1% son usuarias y el mismo porcentaje -- no lo son.

Se observa que mientras más capacitada está la persona con quien acuden estas mujeres, mayor será la aceptación de los métodos anticonceptivos, ósto lo podemos verificar en el siguiente análisis: La incidencia más alta son las mujeres -- que no se informan sobre el tema; por una usuaria 10 no lo son; de las que acuden con su esposo, por una que planifica

CUADRO No. 15

LA PERSONA QUE DECIDE EL NÚMERO DE HIJOS QUE TIENEN LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y SU RELACIÓN CON EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEL MÓDULO DE TZIMOL, QUE PERTENECE A LA JURISDICCIÓN III COMITÁN EN EL ESTADO DE CHIAPAS.

Quién decide el No. de -- hijos	Uso de métodos anticonceptivos		No uso de métodos anticonceptivos		Total	
	F (X)	%	F (X)	%	F (X)	%
Esposo	21	22.3	12	12.8	33	35.1
Mamá	4	4.3	0	0.0	4	4.3
Usted	5	5.3	3	3.2	8	8.5
La pareja	25	26.6	20	21.3	45	47.9
Otros	0	0.0	2	2.1	2	2.1
Suegra	2	2.1	0	0.0	2	2.1
TOTAL:	57	60.6	37	39.4	94	100.0

FUENTE: La misma del cuadro No. 1

2.5 no son usuarias; la relación es de 1 a 1 cuando acuden - con la amiga; con la auxiliar de salud tenemos por 1 mujer - que no usa los métodos 2.6 sí lo hacen; las que acuden con - la enfermera, la partera, la mamá o la suegra, son usuarias

Las comunidades cuentan con el siguiente personal para infor-
mar sobre planificación familiar, un médico, un promotor de -
salud, dos enfermeras, una partera, una auxiliar de salud y -
las suegras o las mamás que son gente que se interesa por el
bienestar de la familia. (ver cuadro No. 16, Pág.159).

En la Norma Oficial Mexicana de los servicios de Planifica-
ción Familiar, se mencionan 15 distintos métodos anticoncep-
tivos y está disponible a toda la población la información -
necesaria de los métodos y la prescripción y distribución de
los mismos.

Encontramos que la cantidad de métodos anticonceptivos que -
conocen las mujeres con vida sexual activa y su relación con
el uso de los mismos. El 8.5% no conocen ningún método, de -
ellas el 7.4% no son usuarias y el 1.0% sí utilizan un méto-
do; 30.9% conocen de 1 a 2 métodos, el 19.2% no utilizan mé-
todos y el 11.7% sí; el 45.7% conocen de 3 a 4 y el 12.8% -
no aceptan la planificación, el 33% planifican y el 14.9% co-
nocen de 5 a 6 métodos y todas son usuarias.

Podemos observar que mientras más métodos conocen, mayor es -
la aceptación de los métodos porque si no conocen métodos no
los utilizan y si conocen más de 5 métodos usan alguno. Otro
ejemplo sería, si conocen de 1 a 2 métodos, por 1 mujer que -
usa un método 1.6 no utiliza y si conocen de 3 a 4 métodos -
por una mujer que no planifica 2.5 sí lo hacen.

En estas comunidades aunque tenemos el 60.6% de usuarias de -
algún método no conocen mucho de métodos anticonceptivos, --

CUADRO No. 16

TIPO DE PERSONA CON QUE ACUDEN LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA PARA INFORMARSE SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SU RELACION CON EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEL MÓDULO DE TZIMOL QUE PERTENECE A LA JURISDICCIÓN III COMITÁN EN EL ESTADO DE CHIAPAS.

Con quién acude para informarse.	Uso de métodos anticonceptivos		No uso de métodos anticonceptivos		Total	
	F (X)	%	F (X)	%	F (X)	%
Esposo	4	4.3	10	10.6	14	14.9
Mamá	5	5.3	0	0.0	5	5.3
Suegra	9	9.6	0	0.0	9	9.6
Amiga	1	1.1	1	1.1	2	2.2
Auxiliar de salud	13	13.8	5	5.3	18	19.1
Enfermera	6	6.4	0	0.0	6	6.4
Médico	13	13.8	1	1.1	14	14.9
Partera	4	4.3	0	0.0	4	4.3
Nadie	2	2.0	20	21.3	22	23.3
TOTAL:	57	60.6	37	39.4	94	100.0

FUENTE: La misma del cuadro No. 1

porque de 15 que se mencionan en la norma oficial, ellas conocen como máximo 5 diferentes métodos. (ver cuadro No. 17, Pá. 161)

Todo el personal de salud conoce las disposiciones generales y especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar incluyendo la selección, prescripción y aplicación de los métodos, así como la identificación y manejo de los mismos, destacando los elementos de información, orientación y consejería a la población en general.

Los métodos que conocen las mujeres con vida sexual activa y su relación con el uso de los mismos, tenemos que el 7.4% no conocen ningún método y no son usuarias; el 13.9% conocen el HI y HO, de las cuales el 12.8% no son usuarias y el 1.1% sí; el 2% conocen el HI y OTB y el mismo porcentaje son usuarias; el 3.2% conocen el HI y DIU, ninguna acepta utilizar los métodos; el 1.1% conocen el HO y OTB y aceptan un método; el 4.3% conocen el HO y DIU, de ellas el 1.1% es usuaria y el 3.2% no lo es; el 4.3% conoce el OTB y Condón, todas utilizan; el 2% conocen el OTB y DIU, todas son usuarias al igual que el 1.1% que conocen el OTB y el Ritmo; el 14.8% conocen el HI, HO, DIU, el 6.3% aceptan alguno y el 8.5% no; el 5.3% conocen el HI, HO y OTB, todas son usuarias; el 4.3% conocen el HI, HO, y Condón, no son usuarias; el 1.1% conoce HI, Condón y OTB; el 1.1% HI, DIU, Condón; el 1.1% DIU, Condón, OTB; el 1.1% Condón, Ritmo, OTB; el 2% OTB, Ritmo, LM; el 6.3% HI, HO, OTB, DIU; el 4.3% HI, HO, OTB, Condón; el 1.1% HI, HO, OTB, Vasectomía; el 1.1% HI, DIU, OTB, Condón; el 2% OTB, Ritmo, Condón, LM; el 1.1% HI, HO, OTB, DIU, Vasectomía; el 10.7% HI, HO, OTB, DIU, Condón; el 1.1% HI, HO, OTB, Condón, Ritmo; el 1.1% HI, HO, OTB, Condón, Ovulos; el 1.1% HI, HO, Condón, DIU, Ritmo, LM; y de los últimos 15 porcentajes, todas las mujeres utilizan algún método de planificación fa-

CUADRO No. 17

CANTIDAD DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONOCEN LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y SU RELACIÓN CON EL USO DE LOS MISMOS DEL MÓDULO DE TZIMOL QUE PERTENECE A LA JURISDICCIÓN III COMITÁN EN EL ESTADO DE CHIAPAS.

Cuántos tipos de métodos conoce	Uso de métodos anticonceptivos		No uso de métodos anticonceptivos		Total	
	F (X)	%	F (X)	%	F (X)	%
Ninguno	1	1.0	7	7.4	8	8.5
1 - 2	11	11.7	18	19.2	29	30.9
3 - 4	31	33.0	12	12.8	43	45.7
5 - 6	14	14.9	0	0.0	14	14.9
TOTAL:	57	60.6	37	39.4	94	100.0

FUENTE: La misma del cuadro No. 1

miliar.

Podemos decir que de las personas que no aceptan utilizar algún método, el 12.8% conoce únicamente los hormonales, el -- 14.9% los hormonales y el DIU, el 4.3% los hormonales y Condón y el 7.4% no conocen ninguno. De las usuarias el 6.3% conocen hormonales orales e inyectables, la OTB y el DIU, el - 10.7% los mismos además de Condón.

Es importante mencionar que las mujeres con vida sexual activa de estas comunidades no conocen qué son los métodos anticonceptivos, no saben quién los debe utilizar, cómo se usan__ cuáles son sus efectos adversos, lo único que saben es lo -- que han oído mencionar y todas las mujeres que usan un método es la OTB porque no quieren tener más hijos y van al hospital para que las operen. (ver cuadro No. 18, Pág. 163)

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

Al respecto encontramos que la relación que existe entre los métodos anticonceptivos que usaron las mujeres con vida --- sexual activa y al que cambiaron. El 12.3% cambiaron al Dispositivo Intrauterino, de las cuales el 3.5% usaba el Hormonal Oral, Ritmo y Condón, el 1.7% el Hormonal Inyectable; -- el 5.2% tenía la Oclusión Tubaria Bilateral y cambiaron al - método del Ritmo; el 8.8% usaban Hormonales Orales, 15.8% el

CUADRO No. 18

TIPO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONOCEN LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y SU RELACIÓN CON EL USO DE LOS MISMOS, - DEL MÓDULO DE TZIMOL QUE PERTENECE A LA JURISDICCIÓN III COMITÁN EN EL ESTADO DE CHIAPAS.

Métodos que conocen:	Si utiliza métodos ant.		No utiliza métodos ant.		Total	
	F(X)	%	F(X)	%	F(X)	%
Ninguno	0	0	7	7.4	7	7.4
HI, HO,	1	1.1	12	12.8	13	13.9
HI, OTB,	2	2	0	0	2	2
HI, DIU,	0	0	3	3.2	3	3.2
HO, OTB,	1	1.1	0	0	1	1.1
HO, DIU,	1	1.1	3	3.2	4	4.3
OTB, CONDON,	4	4.3	0	0	4	4.3
OTB, DIU,	2	2	0	0	2	2
OTB, RITMO,	1	1.1	0	0	1	1.1
HI, HO, DIU,	6	6.3	8	8.5	14	14.8
HI, HO, OTB,	5	5.3	0	0	5	5.3
HI, HO, CONDON	0	0	4	4.3	4	4.3
HI, CONDON, OTB,	1	1.1	0	0	1	1.1
HI, DIU, CONDON,	1	1.1	0	0	1	1.1
DIU, CONDON, OTB,	1	1.1	0	0	1	1.1
CONDON, RITMO, OTB,	1	1.1	0	0	1	1.1
OTB, RITMO, IAC.M.	2	2	0	0	2	2
HI, HO, OTB, DIU,	6	6.3	0	0	6	6.3
HI, HO, OTB, CONDON,	4	4.3	0	0	4	4.3
HI, HO, OTB, VASECTOMIA,	1	1.1	0	0	1	1.1
Pasa a la Pág. 164,	40	42.4	37	39.4	77	81.8

Métodos que conocen	Si utiliza		No utiliza		Total	
	métodos Ant.		métodos Ant.		F(X)	%
	F(X)	%	F(X)	%	F(X)	%
Viene de la Pág. 163.	40	42.4	37	39.4	77	81.8
HI, DIU, OTB, CONDON,	1	1.1	0	0	1	1.1
OTB, RITMO, CONDON, L.M.,	2	2	0	0	2	2
HI, HO, OTB, DIU, VASECTOMIA.	1	1.1	0	0	1	1.1
HI, HO, OTB, DIU, CONDON,	10	10.7	0	0	10	10.7
HI, HO, OTB, CONDON, AEST.,	1	1.1	0	0	1	1.1
HI, HO, OTB, CONDON, OVULOS,	1	1.1	0	0	1	1.1
HI, HO, CONDON, DIU, RITMO, L.M.,	1	1.1	0	0	1	1.1
TOTAL:	57	60.6	37	39.4	94	100.0

FUENTE: La misma del cuadro No. 1

Hormonal inyectable, 26.4% el Dispositivo Intrauterino, 17.5% el Preservativo, 10.5% el método del Ritmo y el 3.5% no cambiaron de método, sigue con la Oclusión Tubaria Bilateral.

Como podemos observar, la mayoría de las mujeres de estas comunidades cambiaron de un método temporal a otro definitivo. (Ver cuadro No. 19, Pág.166).

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, toda persona tiene derecho a la protección de la salud, la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salud general, por lo tanto encontramos que las razones que tuvieron las mujeres con vida sexual activa para cambiar de método y la relación que existe con el tipo de método anticonceptivo que usaba en el módulo de Tzamal, el 18.2% ya no desea tener más hijos, de las cuales el 1.82% usaban los Hormonales Orales y el mismo porcentaje el método del Ritmo, el 5.46% usaba los Hormonales Inyectables, en la misma proporción usaban los preservativos, el 3.64% usaban el Dispositivo Intrauterino, el 14.56% no encontró atención médica, el 9.10% utilizaba el Dispositivo Intrauterino, el 1.82% usaban el Hormonal Oral, Hormonal Inyectable, Preservativo, en la misma frecuencia; para el 12.74% el método no es seguro, el 3.64% utilizaban el Condón y la misma cantidad el método del Ritmo, mientras que el 5.46% utilizaba la Oclusión Tubaria Bilateral; el 10.92% cambiaron porque a veces no había el método, el Hormonal Oral, Hormonal Inyectable, el Preservativo, y el porcentaje equitativo en los tres métodos es el 3.64% y el 10.92% su esposo quería que cambiara de método y la mitad de estas mujeres usaban el ritmo y la otra mitad el preservativo; el 9.10% cambió porque presentaba sangrados abundantes, de ellas el 1.82% usaba Hormonal Inyectable, el

CUADRO No. 19

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE USARON LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y SU RELACIÓN -
CON EL USO DEL MÉTODO ACTUAL EN EL MÓDULO DE TZIMOL QUE PERTENECE A LA JURISDICCIÓN -
III COMITÁN EN EL ESTADO DE CHIAPAS.

MÉTODO ACTUAL	UTILIZARON ANTERIORMENTE						
	HO F(X) %	HI F(X) %	DIU F(X) %	CONDON F(X) %	RITMO F(X) %	OTB F(X) %	TOTAL F(X) %
HO							NO
HI							NO
DIU	2 3.5	1 1.7		2 3.5	2 3.5		7 12.3
CONDON							NO
RITMO						3 5.2	3 5.2
OTB	5 8.8	9 15.8	15 26.4	10 17.5	6 10.5	2 3.5	47 82.5
TOTAL:	7 12.3	10 17.5	15 26.4	12 21.0	8 14.0	5 8.8	57 100.0

FUENTE: La misma del cuadro No.1

7.2% usaban el Dispositivo Intrauterino; el 9.10% cambiaron por indicación médica, el 3.64% usaba el Hormonal Inyectable y el mismo porcentaje de 1.82% usaban el Hormonal Oral, Dispositivo Intrauterino y el Ritmo; un porcentaje de 7.28% cambiaron porque quedaron embarazadas, de ellas el 1.82% usaban el Hormonal Oral y el mismo porcentaje el Hormonal Inyectable, el 3.64% usaba el Dispositivo Intrauterino; el 5.46% quería tener otro hijo y utilizaban el Dispositivo Intrauterino, Condón o el Método del Ritmo, con un porcentaje de --- 1.82% respectivamente, incluyendo las que presentaron efectos colaterales usando el Hormonal Oral. Como podemos ver, éstos son otros factores que afectan directamente en la aceptación de los métodos anticonceptivos por parte de las mujeres de estas comunidades y son independientes de los que ya se plantearon anteriormente (ver cuadro No. 20, Pág. 168)

En el Reglamento de la Ley General de Población, en el artículo 21 dice:

La información, salud, educación y demás servicios relativos a los programas de planeación familiar, serán gratuitos, cuando sean prestados por dependencias y organismos del sector público, toda población mexicana tendrá derecho al acceso a los medios para practicar la planificación familiar.

Al respecto se encontró que el gasto que realizan las usuarias y la relación que existe con el lugar al que acuden para adquirir los métodos anticonceptivos, el 31.5% tiene acceso al I.M.S.S./Solidaridad, el 35.1% acude a alguna dependencia de la Secretaría de Salud y Asistencia, el 19.3% acuden directamente a la Casa de Salud en su comunidad y no pagan nada por este servicio, mientras que el 14.1% acuden a otros lugares (farmacias, médicos particulares, comadre, etc.) y el mismo porcentaje gasta para adquirir los métodos.

CUADRO No. 20

FUENTE : LA MISMA DEL CUADRO No. 1

RAZONES QUE TUVIERON LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA PARA CAMBIAR DE MÉTODO Y LA RELACIÓN QUE EXISTE CON EL TIPO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE USABAN, EN EL MÓDULO DE TZIMOL QUE PERTENECE A LA JURISDICCIÓN III COMITÁN EN EL ESTADO DE CHIAPAS.

CAUSAS	HO		HI		OJU		COCCON		RITMO		OTB		TOTAL	
	F(X)	f	F(X)	f	F(X)	f	F(X)	f	F(X)	f	F(X)	f	F(X)	f
Ya no desea tener más hijos	1	1.82	3	5.46	2	3.64	3	5.46	1	1.82			10	18.20
No encontró atención médica	1	1.82	1	1.82	5	9.10	1	1.82					8	14.56
No es seguro el método							2	3.64	2	3.64	3	5.46	7	12.74
A veces no hay	2	3.64	2	3.64			2	3.64					6	10.92
Lo quería mi esposo							3	5.46	3	5.46			6	10.92
Sangrado abundante			1	1.82	4	7.28							5	9.10
Indicación médica	1	1.82	2	3.64	1	1.82			1	1.82			5	9.10
Queda embarazada	1	1.82	1	1.82	2	3.64							4	7.28
Quería otro hijo					1	1.82	1	1.82	1	1.82			3	5.46
Efectos colaterales	1	1.82											1	1.82
TOTAL:	7	12.74	10	18.29	15	27.30	12	21.89	8	14.56	3	5.46	55	100.0

1, 21

Como podemos observar algunas de las mujeres de las comunidades gastan para adquirir los métodos anticonceptivos, por -- una mujer que gasta seis adquieren los métodos gratis, ésto -- está directamente relacionado con el lugar al que acuden y -- en este rubro encontramos que por una persona que acude a -- otro lugar, 2.2 personas tienen acceso, por cada mujer que -- acude a otro lugar, 3.8 acuden a la S.S.S. y que por cada mujer -- que acude al I.M.S.S., 1.7 acuden a la S.S.A.

Estas comunidades tienen servicios médicos diversos del sector público y aún así gastan para adquirir los métodos anticonceptivos; la mayor cobertura la tiene la S.S.A. por su diversidad de servicios (Casa de Salud, Centro de Salud, Hospital General, Unidades Médicas Móviles). (ver cuadro No.21, Pág. 170)

CUADRO NO. 21

EL GASTO QUE REALIZAN LAS USUARIAS Y LA RELACIÓN QUE EXISTE CON EL LUGAR AL QUE ACUDEN PARA ADQUIRIR LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL MÓDULO DE TZIMOL QUE PERTENECE A LA JURISDICCIÓN III COMITÁN EN EL ESTADO DE CHIAPAS.

Instituciones	Gasta en métodos anticonceptivos		No gasta en métodos anticonceptivos		Total	
	F (X)	%	F (X)	%	F (X)	%
I.M.S.S.			18	31.5	18	31.5
S.S.A.			20	35.1	20	35.1
C.S.			11	19.3	11	19.3
Otros	8	14.1			8	14.1
TOTAL:	8	14.1	49	85.9	57	100.0

FUENTE: La misma del cuadro No. 1

3.- CONCLUSIONES

Durante la realización del servicio social pude observar:

La calidad de vida que tienen los habitantes de este lugar, es muy precaria. Muchas de las necesidades básicas no son satisfechas puesto que carecen de recursos y servicios, la vida cotidiana condiciona el bajo nivel educativo, el matrimonio a edades tempranas, la réplica de patrones culturales, la subordinación del más débil; ésto influye de manera importante para que las personas tomen decisiones.

Uno de los intereses del Programa de Salud Reproductiva al cual estuve adscrita en la prestación del servicio social, es el bienestar de la familia mediante la limitación o espaciamiento de los hijos, la disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil así como la mayor cobertura enfocada al uso de métodos anticonceptivos a través de la promoción continua para las mujeres en esta zona. Al ver que en estas áreas se tiene el acceso a los servicios de planificación familiar y no es aceptado satisfactoriamente, me propuse identificar la influencia que tienen los factores educativos, económicos, sociales y culturales así como los niveles de información sobre los métodos anticonceptivos para la aceptación de la planificación familiar de las mujeres en edad fértil en algunas de las comunidades del Módulo de Tzimol en Comitán, Chiapas.

Las conclusiones que presento a continuación son el resultado de la información obtenida a través de la aplicación de 161 encuestas realizadas a estas mujeres.

Con respecto a la edad, encontré que mientras más jóvenes son, menos aceptan utilizar un método anticonceptivo y con-

forme avanza la edad el porcentaje se iguala o aumenta a favor del uso de los métodos; ésto se debe a que el porcentaje más alto son mujeres solteras y por sus características no necesitan utilizar los métodos. El estado civil también influye porque de las mujeres casadas hay una relación de una a una; las que son separadas o viven en unión libre la mayoría planifica.

La escolaridad es otro factor influyente, mientras menos educación tengan será menos la aceptación, si son analfabetas la relación es de una a una y cuando ya saben leer y escribir, de una no usuaria 2.7 si lo son; si estas mujeres toman cursos, por una mujer que no planifica 1.5 lo hacen; ésto mismo ocurre si no toman cursos, entonces ésto no es un factor influyente.

Otro de los factores es la religión, por cada mujer que no planifica dos si lo hacen, si son cristianas y si son evangélicas son usuarias 11 son usuarias; las mujeres que tienen otra religión o no tienen ninguna, no son usuarias. Es importante mencionar que la creencia que tienen estas mujeres sobre si su religión acepta la planificación familiar, tenemos que si ellas creen que su religión no acepta no planifican, aunque el mayor porcentaje de estas mujeres creen que su religión si acepta pero no todas planifican.

En relación a la actividad que realizan, encontré que la mayoría se dedica al hogar; ésto influye porque de una mujer no usuaria 1.2 si lo son, pero si realizan otra actividad fuera del hogar todas usan un método. Aunque no se puede ver claramente la influencia que tiene el tipo de vivienda con la aceptación de los métodos, porque toda la población tiene casa propia, más de la mitad de estas mujeres aceptan la planificación familiar.

La residencia es otro de los factores que influyen en la --
 aceptación de los métodos, porque si las mujeres tienen de -
 11 años en adelante en el Municipio de Comitán, encontré una
 relación de 1 a 1.2 y si tienen menos de 10 años todas acep-
 tan planificar su familia. Ocurre lo contrario en el tiempo_
 de residencia en la comunidad, si tienen de 11 a 15 años vi-
 viendo en ésta, de una no usuaria 3 usan algún método y de -
 las mujeres que tienen menos de 10 años la proporción es de_
 1 a 1.5.

La edad a la cual inician su vida sexual activa es otro fac-
 tor que influirá para que ellas acepten los métodos y en es-
 te rubro encontré que mientras más grandes se casen mayor es
 la aceptación. A la edad de 15 a 19 años por 1 que no acepta
 1.3 sí acepta, a la edad de 20 a 24 la relación es de una a_
 dos y a la edad de 25 a 29 es de una a tres, pero el mayor -
 porcentaje de casamientos en estas comunidades es a la edad_
 de 15 a 19 años.

El sexo de los hijos que tienen estas mujeres también influ-
 ye porque la pareja que tiene hijos son más las que planifi-
 can en relación a las parejas que tienen hijas; si tienen hi-
 jos de ambos sexos, la mayoría opta por utilizar un método,_
 de una no usuaria 2.3 son usuarias y el mayor porcentaje lo_
 encontré en este caso. El número promedio de hijos que tie-
 nen las parejas de este módulo es de 2 a 5; en este rubro, -
 por cada mujer que no planifica 3.8 lo hacen y esta propor-
 ción disminuye en relación al número de hijos, si tienen de_
 1 a 2, por una no usuaria 1.1, si es; si tienen de 5 a 6 hi-
 jos la relación es de 1 a 2.2. Es importante mencionar que -
 ellas tienen los hijos que desean todos juntos y posterior-
 mente se realizan la Oclusión Tubaria Bilateral (O.T.B.), --
 éste está relacionado también con la edad porque cuando son_
 jóvenes no son usuarias y al tener el número de hijos desea-
 dos ya son mayores y al operarse ellas creen que podrán dedi

carse a sus hijos y a su esposo de manera adecuada y si no - toda la vida tendrán que cuidar bebés.

Otro aspecto que influye en esto es quién decide el número - de hijos que tendrá una pareja. Encontré que cuando decide - la mamá o la suegra todas usan métodos, esto cambia cuando de - cide el esposo porque por una mujer que no planifica 1.7 sí - lo hace, si decide la mujer la relación es de 1 a 1.6 y dis - minuye aún más si decide la pareja ya que por una no usuaria 1.2 sí lo son y en estas comunidades se dan más las decisio - nes en pareja sobre el uso de los métodos.

El nivel de información que tienen ellas sobre la planifica - ción familiar influye notablemente en la aceptación de los - métodos anticonceptivos, esto lo pude comprobar en lo sub - secuento.

Disminuye la cantidad de usuarias en relación al conocimien - to del tema de una no usuaria tres son usuarias, cuando sa - ben cuál es la importancia de la planificación familiar. Si - piensan en una seguridad económica la relación es de 1 a 2.8, si es por dar amor y recibir de ellos, por una no usuaria -- 2.6 lo son; si para ellas no es importante la planificación - familiar, por una usuaria le no usan ningún método. Esto me - jora o se reafirma al conocer con qué persona acuden para in - formarse del tema, mientras más capacitada está la persona, - mayor es la aceptación para el uso de los métodos. Las muje - res que acuden con la enfermera, la partera, la mamá o la -- suegra, todas son usuarias; de las que acuden con el médico, la relación es de una a tres; cuando acuden con la auxiliar - de salud, por una que no planifica 2.6 lo hacen; cuando acu - den con su esposo, la relación es a la inversa; cuando no -- acuden con nadie no planifican, la mayoría de estas mujeres - se encuentran en esta situación; mientras más métodos conoz - can el porcentaje de usuarias aumenta, si no conocen los mé -

todos no los usan, si conocen de uno a dos, por una no usuaria 1.6 lo es; si conocen de 3 a 4 la relación es de 1 a 2.5, si conocen más de 5 métodos todas usan alguno. Aunque tenemos el 60.6% en nuestras comunidades de personas que usan un método, no conocen muchos métodos, porque de 15 que se mencionan en la norma oficial, ellas solo conocen como máximo 5 diferentes y de ellos no conocen qué son, quién los puede utilizar, cómo se usan, cuáles son sus efectos adversos, lo único es que los han oído mencionar, si les dan pláticas no ponen atención; esto se relaciona con la no aceptación de los métodos de las no usuarias.

El 12.8% conocen únicamente los hormonales, el 14.9% los mismos más el DIU; el 7.4% no conoce ningún método; estos porcentajes son de las mujeres que no aceptan la planificación familiar. De las que si usan algún método, el 6.3% conocen los hormonales, el Dispositivo Intrauterino y la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB); el 10.7% de los métodos de barrera y los mismos que el anterior.

De las mujeres con vida sexual activa alguna vez utilizaron algún método pero lo cambiaron a otro, de ellas el 12.3% cambiaron a un método de mayor efectividad; el 79% cambiaron a un método definitivo como la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB), el 5.2% cambiaron de la Oclusión Tubaria Bilateral al método del ritmo y el 3.5% no han cambiado de método.

Es importante mencionar el porqué cambiaron de método para saber qué otros factores influyen en la toma de decisiones para la aceptación de los métodos anticonceptivos y encontré que las mujeres ya no desean tener más hijos, no encuentran atención médica o porque el método no es seguro, a veces no hay, su esposo quiso que cambiaran de método, por sangrado abundante, indicaciones médicas, quedaron embarazadas, quieren tener más hijos o por efectos secundarios.

La accesibilidad de los servicios es otro factor ya que algunas personas de la comunidad gastan para adquirir los métodos, aunque esto no es muy marcado; por una mujer que gasta, seis adquieren los métodos gratis, esto se relaciona directamente con el lugar al que acuden para adquirir los métodos, por una persona que acude a otro lugar 2.2 acuden al I.M.S.S./Solidaridad, y por una mujer que acude a otro lugar 3.8 acuden a la S.S.A.; por cada persona que acude al I.M.S.S. el 1.7 va a la S.S.A. Como podemos observar, estas comunidades tienen acceso a los servicios médicos diversos del sector público para informarse y adquirir los métodos anticonceptivos para poder planificar su familia.

La salud reproductiva brinda muchos beneficios pero éstos no los obtienen todos los habitantes de las comunidades porque no todo el personal que labora en el sector salud brinda sus servicios con calidad y calidez y no se cumple con todos los reglamentos que hay al respecto, únicamente se quiere aumentar la cobertura de usuarios y se pretende manejar a éstas como si fueran números o porcentajes, se deja en segundo término que primero que nada son personas, son seres humanos -- con derechos, obligaciones y necesidades que por la situación en la que viven son personas marginadas por los factores económicos, culturales, educativos y esto favorece a que sigan en esta situación, con poca o nula posibilidad de superración.

4.- ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

Las recomendaciones que a continuación se formulan se han -- realizado con base en los resultados obtenidos y tomando en cuenta las experiencias vividas en las comunidades.

Es importante mejorar la educación que se brinda a los jóvenes en las comunidades rurales en cuanto a la salud reproductiva en el nivel básico, ya que de la información proporcionada dependerá su capacidad para decidir su futuro y desarrollarse como persona, además de romper con estereotipos machistas que promueven la superioridad del hombre sobre la mujer.

En cuanto a los auxiliares de salud del programa de planificación familiar se requiere concientizar y crear cambios de conducta a través de la capacitación continua sobre el tema de forma objetiva y práctica a través de las supervisoras, -- siendo este un medio para que se propague la información en la comunidad en forma continua, haciendo énfasis en las mujeres no usuarias.

Es indispensable que la información que se brinda a la población sea veraz, oportuna, real y completa, que se diluyan -- las dudas que hay en la comunidad, de esta manera la gente -- podrá aceptar mejor el programa.

Es preciso que exista coordinación entre el personal de salud de las diferentes dependencias sobre el tipo de información que se brinda de los métodos anticonceptivos, unificar critérios para la prescripción, mejorar la calidad de los -- servicios que se brinden y realizar seguimientos de las usuarias para verificar la efectividad de los métodos.

Es importante elaborar y llevar a cabo un programa específico

co sobre orientación sexual y planificación familiar para -- adolescentes en las comunidades por parte del personal capacitado de la S.S.A., para disminuir los embarazos en las adolescentes, aumentar los intervalos intergenésicos y se mantenga la salud reproductiva de la mujer.

Se fomentará la planificación familiar, respetando los derechos humanos, sin forzar a la gente a usar anticonceptivos - sino dirigir los esfuerzos y recursos para orientar, educar, y convencer que es para su beneficio y para el de su familia, sin cambiar su forma de pensar, si ésto no afecta su bienestar.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Se formarán grupos de jóvenes para proporcionarles orientación sobre educación sexual.

Se proporcionará capacitación en servicio a las auxiliares - de salud en forma práctica y clara sobre las actividades que se realizan en dicho programa.

Se proporcionará información y atención a la población en -- edad fértil sobre métodos anticonceptivos.

La educación sexual a los jóvenes de estas comunidades puede impartirse a través de diferentes métodos tales como: Mesas, redondas, maratón de equipos, formación de pequeños grupos - de discusión, representaciones teatrales, debates; proporcionando la información lo más sencilla posible sin omitir la - información importante y posteriormente hacer la evaluación con métodos tales como crucigramas, memoramas. Es importante aclarar las dudas y evitar ideas erróneas.

S. - A N E X O S

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
"Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia"

- OBJETIVO:** El presente cuestionario fue elaborado para recopilar información acerca de los factores educativos, económicos, sociales, culturales y su influencia en la aceptación de la planificación familiar.
- INDICACIONES:** La información obtenida será confidencial y de gran valor para la realización de la investigación.
- Lea cuidadosamente y responda verdídicamente, y marque con una cruz la respuesta en el paréntesis.

Comunidad: _____ Fecha: _____
 Nombre: _____

Edad:

- 15 - 19 ()
- 20 - 24 ()
- 25 - 29 ()
- 30 - 34 ()
- 35 - 39 ()
- 40 - 44 ()
- 45 - 49 ()

Estado Civil:

- Soltera ()
- Casada ()
- Unión Libre ()
- Separada ()
- Viuda ()
- Divorciada ()

Religión:

- Católica ()
- Evangelista ()
- Testigos de Jehová ()
- Otra ()
- Ninguna ()

Escolaridad:

- Analfabeta ()
- Sabe leer y escribir ()
- Primaria completa ()
- Primaria incompleta ()
- Secundaria completa ()
- Ha tomado algún curso de planificación familiar:
SI () NO ()

Ocupación:

- El hogar ()
- Estudia ()
- Trabaja ()
- Otra ()

Su casa es:

- Propia ()
- Rentada ()
- Prestada ()

En caso de ser rentada, cuánto paga mensualmente:

Cuánto tiempo hace que radica en Comitán, Chiapas:

- De días a 5 años ()
- De 6 - 10 años ()
- De 11- 15 años ()
- De 15 en adelante ()

Cuánto tiempo tiene viviendo en la comunita:

- De días a 5 años ()
- De 6 a 10 años ()
- De 11 a 15 años ()
- De 15 en adelante ()

A qué edad contrajo matrimonio:

- 15 - 19 ()
- 20 - 24 ()
- 25 - 29 ()
- 30 o más ()

Cuántos hijos tiene:

- 1 - 2 ()
- 3 - 4 ()
- 5 - 6 ()
- 7 o más ()

De qué sexos:

- Masculino ()
- Femenino ()

Para qué cree que es importante planificar la familia:

- Para brindar a los hijos lo necesario para su crecimiento y desarrollo ()
- Para darles amor y recibirlo de ellos ()
- No es importante ()

En su religión se acepta la planificación familiar:

- SI ()
- NO ()

Quién decide en su familia el número de hijos que debe tener:

- Su esposo ()
- Su suegra ()
- Su mamá ()
- Usted ()
- La pareja ()
- Otros ()

Con quién acude para informarse sobre planificación familiar:

- Con su mamá ()
- Con su suegra ()
- Con una amiga ()
- Con la auxiliar de salud ()
- Con la enfermera ()
- Con el médico ()
- Con la partera ()

Cuántos métodos conoce para planificar su familia:

- 1 - 2 ()
- 3 - 4 ()
- 5 - 6 ()

Mencione cuáles son éstos métodos y quién los puede --
usar:

Ha utilizado algún método anticonceptivo:

- SI ()
- NO ()

Cuál:

- Hormonales orales ()
- Hormonales inyectables ()
- Hormonales subdérmicos ()
- Dispositivo Intrauterino ()

- De barrera y espermicidas ()
 - Naturales o de abstinencia periódica()
 - Otros:
- Especifique: _____
-

Ha cambiado de método alguna vez:

- SI ()
 - NO ()
- Porqué lo suspendió o lo cambió:
-

A dónde acude para adquirir los métodos anticonceptivos:

- Clínica del I.M.S.S. ()
- Centro de Salud S.S.A. ()
- Casa de Salud ()
- Médico Particular ()
- Otros ()

Gasta en los métodos anticonceptivos:

- SI ()
- NO ()

GLOSARIO DE TERMINOS

- Abstinencia:** Privación voluntaria de la satisfacción parcial o total de goces.
- Actividad Económica:** Actividad destinada a producir bienes_ y servicios para el mercado, incluye - la producción agrícola de autoconsumo.
- Amenorrea:** Ausencia de menstruación por más de 90_ días.
- Analfabeta:** Persona de 15 años y más que declara - no saber leer ni escribir un recado.
- Anticonceptivo:** Medio, práctica o agente que impide la fecundación, contraceptivo.
- Auxiliar de Salud:** Son personas seleccionadas por la propia comunidad generalmente en asam- - - bleas convocadas por los líderes y autoridades. Representan la base de los_ servicios de atención primaria de salud que se proporcionan a la población rural dispersa. Para el desarrollo de sus actividades reciben capacitación y el apoyo técnico y asesoría de la supervisora de auxiliares de salud y del Coordinador Médico Jurisdiccional.
- Cefalea:** Dolor de cabeza o en el territorio de_ los craneales como síntoma asociado o_ acompañante de numerosas enfermedades_ generales o locales.

- Ciclo menstrual:** Período de 20+/- 5 días comprendido en tre dos menstruaciones durante el cual se lleva a cabo la maduración de fo--- lículos ováricos, la ovulación y la -- formación de un cuerpo lúteo.
- Cloasma:** Hiperpigmentación cutánea, localizada_ principalmente sobre la frente, sienes y mejillas.
- Coito:** Relación sexual con aumento de la cópu la, acto sexual.
- Conducta:** Parte o manera con que los hombres go- biernan su vida y dirigen sus acciones.
- Contraindicación:** Signo o síntoma que sugiere que una ag ción debe interrumpirse o evitarse por el peligro que implica para la salud_ del individuo.
- Costumbre:** Hábito, modo habitual de obrar o proce der establecido por tradición o por la repetición de los mismos actos y que - puede llegar a adquirir fuerza de pre- cepto.
- Creencia:** Completo crédito que se presta a un he cho o noticia como seguros o ciertos - sin cuestionarlos.
- Cultura:** Conjunto de modos de vida y costum--- bres, conocimiento y grado de desarro- llo artístico, científico, industrial, en una época o grupo social, etc.

Depresión:	Acción y efecto de deprimir o deprimirse.
Disponibilidad de Métodos anticonceptivos:	Posibilidad cierta de los métodos anticonceptivos en las instituciones del Sistema Nacional de Salud o para adquirirlos en las farmacias del país.
Dismenorrea:	Menstruación difícil o dolorosa.
Eclampsia:	Enfermedad producida durante el embarazo, con la aparición de una o más convulsiones no atribuibles a otras condiciones cerebrales, como epilepsia o hemorragia.
Edad fértil:	Etapas de la vida del hombre y la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.
Edema:	Infiltración de líquidos seroalbuminoso en los espacios intercelulares de los tejidos orgánicos.
Efectividad anticonceptiva:	Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, en un periodo de un año.
Embarazo:	Es la etapa entre la concepción y el parto, normalmente 40 semanas o 280 días, es el preñado de la mujer y tiempo que dura, llevar un niño en el seno.
Emigrar:	Cuando una persona o familia deja o --

abandona un pueblo o su propio país -- con ánimo de establecerse en otro, ausentarse temporalmente del propio país para hacer en otro determinadas faenas.

- Enfermedad:** Cualquier desviación o interrupción de la estructura y función de cualquier parte del cuerpo. Se manifiesta por un conjunto característico de signos y síntomas, en la mayoría de los casos se conocen la etiología, patología y pronóstico, puede ser de naturaleza -- aguda o crónica.
- Eréctil:** Que tiene la propiedad de ponerse en erección.
- Esperanza de vida:** Promedio del número de años que se espera que viva un individuo de una determinada edad si se mantienen las tasas de mortalidad actuales.
- Esterilidad:** Calidad de estéril, imposibilidad de procrear.
- Esterilización:** Procedimiento, por medio del cual se destruyen todos los microorganismos patógenos y no patógenos, incluidas las esporas.
- Esteroides:** Sustancia de importancia fisiológica, constituída por cuatro anillos unidos de manera característica a los que se adhieren una o dos cadenas laterales.

Estrógeno:	Término aplicado a los compuestos <u>deri</u> vados de los esteroides, elaborados -- por el ovario, testículos, corteza su-prarenal y placenta, que estimulan al <u>desarrollo</u> de los caracteres sexuales <u>femeninos</u> .
Factor de riesgo:	Características o circunstancias perso-nales, ambiental o social de los indivi-duos o grupos, asociados con un au-mento de la probabilidad de ocurrencia de un daño.
Fecundidad:	Facultad de los seres vivos para repro-ducirse, capacidad fisiológica de par-ticipar en la reproducción.
Genital:	Relativo a los órganos de la reproduc-ción.
Glándula:	Órgano cuya función es fabricar produc-tos especiales a expensas de los mate-riales de la sangre.
Hormona:	Producto secretado por una glándula, -vertido a la sangre.
Ictericia:	Coloración amarilla de la piel, mucos-sas y secreciones por aumento de la <u>bi</u> lirrubina sanguínea.
Infección:	Dícese de la entrada, desarrollo o <u>mul</u> tiplicación de un agente infeccioso en el organismo humano o animal.
Indicación:	Acción de indicar, señalar o prescri-

- bir una acción o propuesta de acuerdo_ a las necesidades, características y - factor de riesgo o para la salud de él o la persona.
- Ingreso:** Percepción total en dinero o ingreso - monetario total de la persona ocupada_ que declara haber recibido por su trabajo a la semana, a la quincena, al mes o al año.
- Lactancia:** Alimentación de la criatura por medio_ de la leche en el período en que maman.
- Localidad:** Lugar en que se ubica una vivienda o - conjunto de viviendas que están cercanas unas a otras y donde por lo menos_ una está habitada. El lugar es reconocido comúnmente por un nombre dado por la ley o la costumbre.
- Menarquía:** Menarca, establecimiento o iniciación_ de la menstruación.
- Menopausia:** Cesación natural de la regla y período de la vida entre los 45 y 55 años de - edad en que ocurre; climaterio.
- Menstruación:** Fenómeno fisiológico de la vida sexual femenina por el cual se elimina periódicamente parte de la caduca uterina_ con flujo sanguíneo y moco.
- Método:** Manera de practicar un acto u opera- ción, sujeta a ciertos principios.

- Mito:** Forma, fábula, acción, tradición alegórica por lo común de carácter religioso, cosa inverosímil.
- Moral:** Relativo a las acciones o características de las personas desde el punto de vista de la bondad o malicia que no pertenece al campo de los sentidos, -- por ser de la apreciación del entendimiento o de la conciencia.
- Múltipara:** Que ha parido varias veces.
- Municipio:** Base de la división territorial y de la organización política administrativa -- de las Entidades Federativas.
- Necesidad:** Carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida.
- Norma:** Regla que se debe seguir o a la cual -- se deben ajustar las conductas, tareas o actividades, etc.
- Orgasmo:** Grado más alto de excitación sexual -- especialmente crisis de eyaculación en el hombre y de relajación de la mujer -- como remanente del coito.
- Ovocito:** Elemento reproductor femenino, formado y contenido en el ovario, del cual después de fecundado se desarrolla el embrión.
- Oxitocina:** Hormona producida normalmente por la --

hipófisis posterior, que se encarga de estimular las contracciones uterinas y la liberación de leche hacia los conductos galactóforos.

Paridad: Estado de una mujer con respecto a haber dado a luz hijos viables, número de niños a término habidos anteriormente por una mujer, excluidos los abortos tempranos, pero incluidos los nacidos muertos.

Parto eutócico: Expulsión del producto por vías naturales, espontáneamente.

Planificación Familiar: Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la edad, el estado social o legal de las personas.

Pos-aborto: Período asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución de la interrupción del embarazo menor de 21 semanas.

Pos-cesárea: Período asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución quirúrgica abdominal de un embarazo de 21 semanas o más.

- Pos-parto:** Período asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución por vía vaginal de un embarazo de 21 semanas o más.
- Precaución:** Es la situación de riesgo a la salud por la cual se debe valorar bajo criterio clínico, la conveniencia o no de administrar, aplicar o practicar un método anticonceptivo.
- Preclampsia:** Manifestación o estado de toxemia que proceden a la eclampsia.
- Puerperio:** Proceso que se inicia al término de la expulsión del feto y sus anexos y finaliza al concluir la involución de los órganos genitales maternos. Su duración aproximada es de 6 semanas o cuarenta y dos días y comprende tres períodos inmediatos, las primeras 24 horas mediate del segundo al séptimo día y tardío desde el octavo hasta el cuatragésimo segundo día posparto.
- Religión:** Culto al que declara pertenecer una persona. Las religiones se pueden clasificar de la siguiente manera: Católica, Protestante, Evangelista, Testigos de Jehová y otras.
- Reproducción:** Formación de un nuevo organismo a partir de otros preexistentes, propia de los seres vivos.

- Riesgo reproductivo:** Probabilidad que tienen tanto las mujeres en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.
- Salud reproductiva:** Es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción así como en el ejercicio de la sexualidad.
- Sexo:** Condición orgánica que distingue a las personas en hombres y mujeres.
- Tradicición:** Doctrina, costumbre, etc., conservada en un pueblo por transmisión de padres a hijos.
- Tromboembolia:** Embolia u obstrucción total de un vaso -- por un trombo.
- Tromboflebitis:** Inflamación de la íntima venosa con -- formación de un coágulo.
- Usuaría:** Persona que utiliza un método anticonceptivo temporal o le ha sido practicado alguno de los métodos anticonceptivos permanentes.

B I B L I O G R A F I A

- Aguilar Citlali Et. Al.- Textos y Pretextos Once Estudios - Sobre la Mujer.- Ed. Colegio de México, Edición 1992, pp. - 502.
- Alvarado Lourdes.- El Siglo XX en el Feminismo.- Ed. ----- U.N.A.M., Edición 1991, pp.
- Ander Egg, Ezequiel.- Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad.- Ed. El Ateneo, Edición México, D. F., --- 1991.
- Avedis Donabedian.- Aspectos Fundamentales de la Organización Médica.- Ed. Fondo de la Cultura Económica.- Edición - Mexicana 1988, pp. 515.
- Balseiro L. Carmen.- Investigación en Enfermería.- Ed. Librería Alvaro, Edición México 1988, pp.255
- Beals Ralph L.- Introducción a la Antropología.- Jra. Edición, Ed. España, pp. 813
- Benítez Raúl.- La Fecundidad Rural en México.- Ed. U.N.A.M., Edición México 1988, pp.495
- Benson Ralph.- Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico.- Ed. Manual Moderno, 7a. Edición, Edición México 1988, pp. -- 1103
- Braier L.- Diccionario Enciclopédico de Medicina.- 4a. Edición.
- C. Levy Claudine.- Reflexiones en torno a la Mujer, la Familia y la Educación.- Ed. Universidad Pedagógica Nacional.

Edición México 1998.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.- Ed.-
Dirección General de Gobierno.- Edición México 1992, pp. 331.

Chinoy Ely.- La Sociedad una introducción a la Sociología.-
Ed. Fondo de Cultura Económica.- Edición México 1976.- ----
pp. 423.

D.I.F., Municipal.- Ed. Municipio de Tzimol, Chiapas.- pp.35

Dirección General de Salud Reproductiva.- Norma Oficial Me-
xicana de los Servicios de Planificación Familiar.-Ed. Secre-
taría de Salud.- Edición México 1994.- pp.64.

Dirección General de Salud Reproductiva.- Salud Reproductiva
Módulo I.- Ed. Secretaría de Salubridad y Asistencia.- Edi-
ción México 1989.- pp.13.

Enfermería al Día. Métodos Anticonceptivos.- Edición 1985, pp.
25.

Facultad de Medicina Embriológica.- Edición México 1989.- pp.
321.

Figueroa C. Beatriz.- La Fecundidad en México, Cambios y Pers-
pectivas.- Ed. El Colegio de México.- Edición México 1989.-
pp. 454

Gally Esther.- Sexualidad Humana y Planificación Familiar.-
Ed. Pax. 4a. Ed. .- Edición México 1986.- pp.190

Gómez L. Francisco.- Sociología.- Ed. Porrúa.- 12a. Ed.- Edi-
ción México 1984.- pp. 472

- Huber Charles.- Cómo Orientar en Planificación Familiar.-Ed. Prax.- Edición México 1986.- pp. 191
- Instituto de Estudios Políticos, Económicos y Sociales.- Economía y Sociedad.- Ed. U.N.A.M.- Edición México 1990.- pp.85.
- Joven Mariel Jorge Et. Al.- Diccionario de Medicina.- Ed. Marín.- Edición España 1986.- pp. 1098
- Lagarde Marcela.- cautiverio de las mujeres.- Ed. U.N.A. M.- Edición México 1990.- pp. 563
- Ley General de Salud.- Ed. Porrúa, 12a. Ed.- Edición México 1989. pp. 1040.
- Malcoln Pott Clive Wood.- Nuevos Conceptos en Medidas Anticonceptivas.- Ed. El Manual Moderno.- Edición México 1985.- pp. 220
- Maldonado Oscar.- Los Católicos y la Planeación Familiar.- Ed. Instituto Mexicano de Estudios Sociales.- Edición México 1979.- pp. 179
- Manisoff J. Miriam.- Enseñanza de Planificación Familiar.- Ed. Interamericana, 1ra. Ed.- Edición México 1979.- pp. 127
- Monroy Anameli D. Velasco.- El Maestro y la Planificación Familiar.- Ed. Pax.- Edición México 1981.- pp. 143
- Naghi Namakforoosh Mohammad.- Administración de Programas de Planificación Familiar.- Ed. Limusa.- Edición México 1984. pp.331.
- O.M.S.- Enciclopedia de la Vida Sexual Sana.- Ed. Salvat Torno III.- Edición México 1989.- pp. 300

Paul B. Horton.- Sociología.- Ed. Mc. Graw.- Hill 6a. Edición.- Edición México 1993.- pp. 388

Paz Octavio.- El Laberinto de la Soledad.- Ed. Trillas.- Edición México 1982.- pp. 263

Pink de Weiss Susana.-Estudio Social Psicológico de la Planificación Familiar.- Ed. Siglo XXI.- Edición México 1979.- pp. 255

Poder Ejecutivo Federal.- Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000.- pp. 830

Programa de Capacitación y Apoyo Académico para pasantes de Medicina.- Métodos Anticonceptivos.- Ed. S.S.A.,- Edición México 1993.- pp. 931

Salud Mundial.- Anticoncepción, Moda Pasajera o Tendencia -- Firme.- Edición Junio 1984.- pp. 31

Salvat.-Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas.- Ed. Salvat, 13a. Ed.- Edición México 1991.- pp. 1709

San Martín Hernán.- Salud y Enfermedad.- Ed. La Prensa Médica Mexicana, 4a. Ed.- Edición México 1981.- pp. 893

Sdeseus Trias de Bes.- Anticoncepción.- Ed. Salvat.- Edición México 1986.

Secretaría de Salud.- Actualización en Métodos Anticonceptivos.- Edición México 1993.- pp. 47.

Secretaría de Salud.- Educación Sexual y Planificación Familiar en el Adolescente.- Edición México 1990.- pp. 268

Secretaría de Salud.- Estrategia de Extensión de Cobertura.-

Edición México 1996.- pp. 52

Secretaría de Salud.- Folletos Informativos de la Estrategia de Extensión de Cobertura.

Secretaría de Salud.- Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar.- Edición 1994.- pp. 64

Secretaría de Salud.- Planificación Familiar y Salud Reproductiva.-

Santos González Rafael.- Proyectos de planificación Familiar y Educación Sexual en Colaboración con la Iglesia.- Edición - México, D.F. 1993.- pp. 11

Sollerot Evelyne.- Historia y Sociología del Trabajo Femenino.- Ed. Península.- Edición México 1988.- pp. 403

Vega Leopoldo.- Bases Esenciales de la Salud Pública.- Ed. Prensa Médica Mexicana.- Edición México 1982.- pp.99

Vitale Luis.- Historia y Sociología de la Mujer Latinoamericana.- Ed. Fontamara.- Edición Mexicana.- pp. 53