



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA  
Y OBSTETRICIA

"INFLUENCIA DE LA EMIGRACION EN LA  
ATENCIÓN DE ENFERMERIA DENTRO DEL  
PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR, EN EL  
MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES DE LA  
JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL  
ESTADO DE MICHOACAN"

**T E S I S**  
PARA OBTENER EL TITULO DE  
**LIC. EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**  
P R E S E N T A :  
**EFREN HERNANDEZ ROJAS**

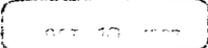
*efren hernandez rojas*

DIRECTOR DE TESIS: LIC. MARIA DE LOS ANGELES TORRES LAGUNAS

U. N. A. M.  
ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MEXICO, D. F.

1997.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

COORDINACION DE SERVICIOS  
SOCIAL Y OPCIONES  
TERMINALES DE TITULACION



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.

## **DEDICATORIAS**

### **A mis padres:**

**Guillermo Hernández Ferruzca y**

**G. Elvira Rojas Ledezma**

**Por que gracias a ellos he podido  
alcanzar todas mis metas y ser quien soy**

### **A mis hermanos:**

**Guillermo Hernández Rojas**

**Liliana Hernández Rojas**

**Erendira Hernández Rojas**

**Por su apoyo y comprensión durante  
mi formación profesional y personal.**

### **A mi mejor amigo:**

**Ricardo Cervantes Mutio**

**Por todo su apoyo y alentarme a seguir adelante.**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la  
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia  
Por brindarme la oportunidad de formarme como  
profesional dentro de sus aulas.**

**A la profesora Lic. Angeles Torres Lagunas  
Ya que gracias a su valiosa orientación y  
apoyo se logro la elaboracion de la presente  
tesis. Y por brindarme su amistad.**

**A todos los profesores que contribuyeron  
en mi formación profesional.**

# CONTENIDO

## INTRODUCCION

<b><i>CAPITULO I</i></b>	<b><u>METODOLOGIA.</u></b>	<b>1</b>
<b>1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA.</b>		
<b>1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.</b>		<b>2</b>
<b>1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.</b>		<b>3</b>
<b>1.4 UBICACION DEL TEMA EN ESTUDIO.</b>		<b>4</b>
<b>1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.</b>		<b>5</b>
1.5.1 OBJETIVO GENERAL.		
1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS		
<b>1.6 DETERMINACION DE LA ESTRATEGIA DE INVESTIGACION.</b>		<b>6</b>
1.6.1 TIPO DE INVESTIGACION.		
1.6.2 DISEÑO DE INVESTIGACION.		
<b>1.7 HIPOTESIS.</b>		<b>7</b>
<b>1.8 VARIABLES.</b>		
1.8.1 MODELO DE RELACION CAUSAL DE LAS VARIABLES.		
1.8.2 VARIABLE INDEPENDIENTE		<b>8</b>
1.8.3 VARIABLE DEPENDIENTE		
<b>1.9 DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO.</b>		
1.9.1 DEFINICION CONCEPTUAL		
1.9.1.1 EMIGRACION.		
1.9.1.2 ATENCION DE ENFERMERIA DENTRO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.		
1.9.2 DEFINICION OPERACIONAL.		<b>9</b>

1.9.2.1 EMIGRACION	
1.9.2.2 ATENCION DE ENFERMERIA DENTRO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.	10
<b>1.10 METODOS DE SELECCION DE PARTICIPANTES.</b>	<b>11</b>
1.10.1 UNIVERSO.	
1.10.2 POBLACION.	12
1.10.3 MUESTRA.	13
<b>1.11 CRITERIOS DE SELECCION DE PARTICIPANTES.</b>	<b>14</b>
1.11.1 CRITERIOS DE INCLUSION.	
1.11.2 CRITERIOS DE EXCLUSION.	15
1.11.3 CRITERIOS DE ELIMINACION	
<b>1.12 INSTRUMENTO.</b>	
<b>1.13 REQUERIMIENTOS DE LA INVESTIGACION.</b>	<b>16</b>
1.13.1 RECURSOS HUMANOS.	
1.13.2 RECURSOS MATERIALES	
1.13.3 RECURSOS FINANCIEROS.	
<b><u>CAPITULO II MARCO TEORICO, CONCEPTUAL Y REFERENCIAL DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO.</u></b>	<b>18</b>
<b>2.1 EMIGRACION.</b>	
2.1.1 CAUSAS DE LA EMIGRACION.	
2.1.2 COMO SE PRODUCE LA EMIGRACION.	20
2.1.3 LUGARES DE PREFERENCIA DE LOS EMIGRANTES	
2.1.5 EMIGRACION EN EL ESTADO DE MICHOACAN.	23
<b>2.2 ATENCION DE ENFERMERIA DENTRO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.</b>	<b>24</b>

<b>2.2.1 COMPONENTES OPERATIVOS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR</b>	
<b>2.2.1.1 ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA.</b>	
- Estructura Operativa.	25
- Funciones de la Estructura Operativa.	26
- Perfil de la Estructura Operativa.	27
- Actividades.	28
- Capacitación.	30
- Supervisión	31
- Información y Evaluación.	
<b>2.2.1.2 PROGRAMA OPERATIVO DEL CONVENIO ESPECIFICO DE COLABORACION ENFO-DGSR.</b>	33
- Actividades del Pasante	35
<b>2.2.2 PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR 1995-2000</b>	38
<b>2.2.2.1 DIAGNOSTICO DEL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR 1995-2000</b>	41
<b>2.2.2.2 OBJETIVOS.</b>	44
<b>2.2.2.3 ESTRATEGIAS GENERALES</b>	46
<b>2.2.2.4 LINEAS DE ACCION</b>	48
<b>2.2.2.5 SEGUIMIENTO, EVALUACION E INVESTIGACION.</b>	51
<b>2.2.3 COBERTURA DE LA ATENCION EN EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.</b>	53
<b><u>CAPITULO III RECOLECCION, PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.</u></b>	54

<b>3.1 RECOLECCION DE DATOS.</b>	
<b>3.2 PRESENTACION DE RESULTADOS.</b>	
<b>3.3 COMPROBACION DE LA HIPOTESIS.</b>	<b>119</b>
<b>3.4 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.</b>	<b>121</b>
<b>3.5 CONCLUSIONES.</b>	<b>128</b>
<b>3.6 RECOMENDACIONES.</b>	<b>132</b>
<b>GLOSARIO.</b>	<b>133</b>
<b>APENDICES.</b>	<b>135</b>
<b>REFERENCIAS.</b>	<b>156</b>

## INTRODUCCION

La Dirección General de Salud Reproductiva tiene como una de sus funciones principales la elaboración y actualización de las Normas y Procedimientos Operativos del Programa de Planificación Familiar. Esta responde al compromiso que se tiene para que el personal operativo cuente con los elementos técnicos para realizar sus actividades cotidianas

Las normas y procedimientos operativos representan una herramienta fundamental para asegurar que los prestadores del servicio mantengan un conocimiento actualizado, práctico y funcional para que el servicio sea de la más alta calidad y eficiencia. El prestador de servicios debe adquirir un conocimiento claro del proceso reproductivo y los medios para regular la fecundidad con procedimientos que garanticen la seguridad e inocuidad para los usuarios

La Secretaría de Salud tiene el compromiso y responsabilidad de vigilar y fomentar la salud de la población, sobre todo aquella que es más vulnerable: *La Madre y sus Hijos*.

Actualmente la Secretaría de Salud en el Estado de Michoacán tiene implementadas estrategias encaminadas a la Salud Reproductiva, como es el Programa de Planificación Familiar, dirigidas principalmente a áreas de baja o nula atención médica, las cuales presentan dificultades para funcionar adecuadamente, tales como alta emigración que presenta el Estado, la cual es propiciada por la falta de trabajo, los altos costos de la vida y la búsqueda de mejores oportunidades.

Por lo cual la presente investigación ha sido elaborada con el fin de analizar de qué manera influye la emigración en el Programa de Planificación Familiar en la atención de enfermería, en el Módulo de Ixtlán de los Hervores de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 Zamora, en el Estado de Michoacán

Los capítulos de la presente investigación contendrán lo siguiente:

**En el capítulo I** se presenta la metodología de investigación utilizada, con los siguientes puntos: Descripción de la Situación Problema; Identificación del Problema. Justificación de la Investigación; Ubicación del Tema en Estudio; Objetivos de la Investigación. Determinación de la Estrategia de Investigación; Tipo de Investigación. Diseño de Investigación; Hipótesis; Variables; Modelo de Relación Causal de las Variables. Variable Independiente, Variable Dependiente; Definición Conceptual y Operacional de las Variables en Estudio; Métodos de Selección de Participantes. Universo, Población y Muestra; Criterios de Selección de Participantes; Instrumento; Requerimientos de la Investigación.

**En el capítulo II** se presenta el marco teórico, conceptual y referencial de las variables en estudio, fundamentando con ello el problema planteado y la hipótesis. Se hace énfasis en la emigración que presenta el Estado de Michoacán, posteriormente se fundamentará la Atención de Enfermería Dentro del Programa de Planificación Familiar, los componentes operativos del Programa de Planificación Familiar y Estrategia de Extensión de Cobertura; también se fundamenta el Programa Operativo del Convenio Específico de Colaboración *ENEO-DGSR* donde se habla de las actividades del pasante, además se abarca el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000; y finalmente se hablará de la cobertura de la atención en el Programa de Planificación Familiar.

**En el capítulo III** se realiza la recolección, presentación de resultados a través de cuadros y gráficas, y el análisis de resultados, comprobación de la hipótesis, el análisis e interpretación de resultados, las conclusiones y recomendaciones.

## **CAPITULO I      METODOLOGIA.**

### **1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA.**

El Programa de Planificación Familiar constituye uno de los esfuerzos encaminados a fortalecer el desarrollo del país, con una serie de esquemas tendientes a operacionalizar el concepto integral de Planificación Familiar, en el que se consideran con mayor pertinencia todos los aspectos como son: educativo, cultural, ideológico, etc. La Planificación Familiar es un componente más de la salud reproductiva, con el cual se pretende tener repercusiones efectivas que favorezcan una vida sexual sana, con acciones responsables y el mínimo de riesgo, así como la procreación de hijos en las mejores condiciones de salud.

Con el propósito de que las estrategias y la prestación de servicios se efectúen considerando un concepto integrador, "El Programa de Planificación Familiar contempla los aspectos básicos siguientes:

- Promoción y difusión.
- Información y educación.
- Consejería
- Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos.
- Identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad."<sup>1</sup>

En el Módulo de Ixtlán de los Hervores de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 Zamora, en el Estado de Michoacán, se pueden observar dificultades para la prestación de servicios referentes al Programa de Planificación Familiar como son: cambio y abandono de los

---

<sup>1</sup> Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005/SSA2-1993). Secretaría de Salud, México 1994, página 18.

métodos anticonceptivos, falta de educación para evitar los embarazos, personal capacitado para la atención del programa, etc.

Lo anterior repercute en la atención dentro del Programa de Planificación Familiar proporcionado por la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC), en la atención a los usuarios del programa, en la adecuada utilización de los métodos anticonceptivos, en la efectividad de los mismos, en la atención que proporcionan los servidores del programa y en la comunidad que recibe dicha atención.

Por lo cual se considera conveniente precisar las causas que intervienen en la atención que presta el personal que atiende el Programa de Planificación Familiar dentro de la EEC, con el fin de diseñar una estrategia de atención acorde a las necesidades de los habitantes de las comunidades que atiende y a los recursos que permitan mejorar los resultados en la atención de dicho programa.

## **1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.**

Con lo anterior, esta investigación tratará de determinar:

**¿COMO INFLUYE LA EMIGRACION A LA ATENCION QUE PROPORCIONA EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN AL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR POR MEDIO DE LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA EN LAS COMUNIDADES DEL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA No. 2 ZAMORA, DEL ESTADO DE MICHOACAN?**

### **1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.**

La realización de la presente investigación se justifica porque:

- La presente investigación pretende identificar como la emigración de los habitantes de Michoacán afecta a la Estrategia de Extensión de Cobertura que se implementó en 1985 por la entonces Dirección General de Planificación Familiar, y actualmente Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR), para los estados en sus áreas rurales y población dispersa de baja o nula atención médica, la cual abarca los programas de Planificación Familiar, Embarazo, Parto y Puerperio; Atención al Menor de Cinco Años y Actividades Varias, estudiando a la atención de enfermería en el programa de Planificación Familiar
- Proponer el reorganizar y reorientar la EEC en su Programa de Planificación Familiar, en la Jurisdicción Sanitaria No. 2 Zamora en el Estado de Michoacán y los recursos humanos involucrados en la misma, de acuerdo con las necesidades de dichas comunidades, en beneficio de las mismas, ubicando como recurso humano idóneo al Licenciado en Enfermería y Obstetricia ubicado en la EEC por medio del Programa Operativo del Convenio Específico de Colaboración ENEO-UNAM en la atención de dicho programa, el cual igualmente realizaría la evaluación, clasificación y referencia de las pacientes en la utilización de métodos de planificación familiar al centro de salud para su atención a quienes así lo requieran.
- Principalmente la realización de la presente investigación es el poder integrar los conocimientos adquiridos durante la formación académica en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en el área de la Salud Reproductiva enfocándose específicamente en su pilar principal que es la Planificación Familiar, y con ésta poder obtener el título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

## **1.4 UBICACION DEL TEMA EN ESTUDIO.**

El presente trabajo se ubica en el área de Gineco-Obstetricia, Pediatría y Perinatología. Salud Reproductiva y Planificación Familiar y finalmente en la Salud Pública. Se relaciona con la Gineco-Obstetricia debido a que esta disciplina se encarga del manejo médico y asistencial de la embarazada, ya que durante el embarazo el gineco-obstetra o el Lic. en Enfermería y Obstetricia promueven la planificación familiar posterior a la resolución del embarazo.

Igualmente se relaciona con la Pediatría y Perinatología porque se está estudiando la planificación familiar alrededor del nacimiento, desde la semana 28 de gestación hasta los 28 días después del nacimiento, ya que este período le compete a la Perinatología, y finalmente de manera que no interfiera la planificación familiar con la lactancia materna al recién nacido, lo que compete a la Pediatría.

Se relaciona con la Salud Reproductiva y Planificación Familiar ya que estas disciplinas se dedican al estudio de todo lo relacionado a la salud durante la edad reproductiva y la manera de evitar los embarazos no deseados, o embarazos de alto riesgo que pudieran poner en peligro la vida de la madre y del producto, y el espaciamiento de los mismos.

Finalmente se relaciona con la Salud Pública, ya que sus acciones están encaminadas a mejorar las condiciones de vida de la población, y conforme estas se mejoren y se eduque a la población, se evitarán embarazos no deseados o de alto riesgo, así como matrimonios no planeados, logrando un crecimiento más armónico de la población.

## **1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.**

### **1.5.1 OBJETIVO GENERAL.**

- **Identificar cómo la emigración influye en la atención de Enfermería en el Programa de Planificación Familiar en el Módulo de Ixtlán de los Hervores en la Jurisdicción Sanitaria No. 2 Zamora, en el Estado de Michoacán.**

### **1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- **Identificar la atención de la Planificación Familiar en el módulo de Ixtlán de los Hervores de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 Zamora, en el Estado de Michoacán.**
- **Identificar las dificultades que presenta la emigración en la atención del Programa de Planificación Familiar.**
- **Proponer estrategias para la atención de enfermería de la Planificación Familiar, para favorecer la cobertura asistencial y la disminución de tasas de morbilidad y mortalidad materno-infantil.**
- **Conocer la participación del pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en el Programa de Planificación Familiar en la EEC.**

## **1.6 DETERMINACION DE LA ESTRATEGIA DE INVESTIGACION.**

### **1.6.1 TIPO DE INVESTIGACION.**

Es un estudio correlacional, ya que supone una relación causa-efecto, identificando una relación de influencia entre la variable independiente y la variable dependiente, y porque pretende explicar el comportamiento de un fenómeno sobre otro.

### **1.6.2 DISEÑO DE INVESTIGACION.**

- El diseño de investigación fue no experimental basado metodológicamente en el método científico, con el cual se procedió a la elección y enunciado del problema de investigación, siguiendo con la determinación y planteamiento de los objetivos, después se estableció la hipótesis que sustentó la investigación, la cual fue puesta a prueba y finalmente se presentan los resultados e informe.
- Es un estudio transversal, ya que se examinan las características de un grupo en un momento dado o durante un tiempo limitado.
- Es un estudio de campo por el tipo de técnica a utilizar en la recolección de los datos.

## **1.7 HIPOTESIS.**

Se plantea la siguiente HIPOTESIS:

LA EMIGRACION INFLUYE EN LA ATENCION DE ENFERMERIA EN EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.

## **1.8 VARIABLES.**

### **1.8.1 MODELO DE LA RELACION CAUSAL DE LAS VARIABLES**

Por el planteamiento de la hipótesis anterior la presente investigación se abocó al estudio de las siguientes variables:

**VARIABLE  
INDEPENDIENTE**

**LA EMIGRACION**



**VARIABLE DEPENDIENTE**

**INFLUYE EN LA ATENCION  
DE ENFERMERIA DENTRO  
DEL PROGRAMA DE  
PLANIFICACION FAMILIAR**

## **1.8.2 VARIABLE INDEPENDIENTE.**

La variable emigración es cualitativa, nominal y multivaluada: es cualitativa por sus características o propiedades, nominal pues sus características se definen a través de la palabra; y es multivaluada pues a sus características se le determinan varios valores.

## **1.8.3 VARIABLE DEPENDIENTE.**

La variable dependiente Atención de Enfermería en el Programa de Planificación Familiar se presenta como consecuencia o efecto producido por el fenómeno y es de categoría incluyente.

## **1.9 DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO.**

### **1.9.1 DEFINICION CONCEPTUAL.**

#### **1.9.1.1 EMIGRACION.**

Por emigración se entiende dejar o abandonar a una persona, familia, pueblo o país con el propósito de establecerse en otro lugar ausentándose temporalmente o definitivamente, ya sea para buscar mejores oportunidades, para estudiar, atenderse médicamente o por requerimientos de la salud.

#### **1.9.1.2 ATENCION DE ENFERMERIA DENTRO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

La atención que proporciona enfermería del Programa de Planificación Familiar es aquella que se brinda principalmente a las parejas en edad reproductiva para disfrutar de

una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

## **1.9.2 DEFINICION OPERACIONAL.**

### **1.9.2.1 EMIGRACION.**

Para la variable emigración se obtuvieron los siguientes indicadores:

- Escolaridad
- Actividad laboral u ocupacional.
- Actividad laboral u ocupacional de la pareja.
- Nivel socioeconómico.
- Edad.
- Edad de la pareja.
- Necesidad por emigrar de la mujer.
- Duración de la emigración.
- Lugar al que se emigra.
- Motivo de la emigración.
- Necesidad por emigrar de la pareja.
- Duración de la emigración de la pareja.
- Cada cuando emigra la pareja.
- Lugar al que se emigra.
- Motivo de la emigración.
- Emigración de la pareja junto con la mujer.

### **1.9.2.2 ATENCION DE ENFERMERIA DENTRO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

Para la variable Atención de Enfermería Dentro del Programa de Planificación Familiar se obtuvieron los siguientes indicadores:

- Estado civil.
- Inicio de la vida sexual.
- Número de embarazos
- Planificación Familiar con métodos anticonceptivos.
- Inicio de la Planificación Familiar.
- Método anticonceptivo utilizado
- Criterios para la selección de métodos anticonceptivos
- Lugar de adquisición de los métodos anticonceptivos
- Persona que orienta sobre la Planificación Familiar y elección de métodos anticonceptivos.
- Tipo de orientación
- Citología Vaginal.
- Motivo de embarazo.
- Periodo intergenésico.
- Abortos.
- Reutilización de métodos anticonceptivos.
- Alteraciones de los métodos anticonceptivos.

## 1.10 METODOS DE SELECCION DE PARTICIPANTES.

### 1.10.1 UNIVERSO.

El universo de trabajo esta formado por los habitantes de las 10 comunidades que conforman el módulo de Ixtlán de los Hervores de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 Zamora, en el Estado de Michoacán, que se encuentran divididas en tres municipios y que son las siguientes

#### Municipio Ixtlán:

Camucuató	394
San Cristóbal	200
Las Tinajas	143
La Santa Cruz	792
El Llano	120

#### Municipio Ecuandureo:

Majadas	284
Torcasas	275

#### Municipio Vista Hermosa:

La Huerta	193
Los pilares	1102
El Cuenqueño	923

**Universo total** 4326 habitantes del módulo.

Fuente: Censo poblacional de las comunidades realizado por las Auxiliares de Salud, Supervisoras de Auxiliares de Salud y Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia pertenecientes al módulo de Ixtlán de los Hervores de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 Zamora, en el Estado de Michoacán, en los meses de Enero y Febrero de 1997



### 1.10.3 MUESTRA.

La muestra es el 25 % de las mujeres en edad reproductiva, elegidas al azar para que cada una tenga la misma posibilidad de ser seleccionada y no sea sesgada la muestra, de las 10 comunidades que conforman el módulo de Ixtlán de los Hervores de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 Zamora, en el Estado de Michoacán, que se encuentran divididas en tres municipios y que son las siguientes:

<b>Municipio Ixtlán:</b>	<b>Mujeres</b>	<b>25 %</b>	
Camucuató	108	27	
San Cristóbal	42	11	
Las Tinajas	39	10	
La Santa Cruz	241	60	
El Llano	29	7	
<b>Municipio Ecuandureo:</b>			
Majadas	87	22	
Torcazas	88	22	
<b>Municipio Vista Hermosa:</b>			
La Huerta	56	14	
Los pilares	307	76	
El Cuenqueño	222	55	
<b>Muestra total</b>	<b>1219</b>	<b>304</b>	<b>mujeres en edad reproductiva del módulo.</b>

## I.11 CRITERIOS DE SELECCION DE PARTICIPANTES.

### I.11.1 CRITERIOS DE INCLUSION

- Parejas en edad reproductiva.
- Usuarios a quienes se preste atención en Planificación Familiar.
- Recursos humanos de enfermería que laboren en la EEC, que presten servicios a usuarios del Programa Planificación Familiar
- Área geográfica: Comunidades que conforman el módulo de Ixtlán de los Hervores de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 Zamora, en el Estado de Michoacán (Ver Apéndice No. 1), que se encuentran divididas en tres municipios y que son las siguientes

<b>Municipio</b>	Ixtlán	Ecuandureo	Vista Hermosa
<b>Comunidades</b>	Camucuat San Cristóbal Las Tinajas La Santa Cruz El Llano	Majadas Torcazas	La Huerta Los pilares El Cuenqueño

Y los municipios colindan con otros municipios de la siguiente manera:

	<b>Norte</b>	<b>Sur</b>	<b>Este</b>	<b>Oeste</b>
<b>Ixtlán</b>	Vista Hermosa	Chavinda	Ecuandureo	Pajacuaran
<b>Ecuandureo</b>	Yurecuaro Tanhuato	Zamora	Churinzio	Ixtlán
<b>Vista Hermosa</b>	Ed. de Jalisco	Pajacuaran	Tanhuato	Briseñas

### **1.11.2 CRITERIOS DE EXCLUSION.**

- Población fuera de la edad reproductiva.
- Recursos humanos que laboren fuera de la EEC.
- Area geográfica fuera del módulo Ixtlán de los Hervores.

### **1.11.3 CRITERIOS DE ELIMINACION.**

- Recursos humanos que no laboren en el módulo de Ixtlán de los Hervores.
- Comunidades que no pertenezcan al módulo de Ixtlán de los Hervores.

## **1.12 INSTRUMENTO.**

Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario de diferencial semántico tipo Guttman el cual se basa en el principio de que algunos items indican en mayor medida la fuerza e intensidad con la cual se midieron y analizaron actitudes y fenómenos con el fin de explorar las dimensiones del significado. Se presentaron preguntas de varias opciones tomando en cuenta polos opuestos, para que el entrevistado seleccionara aquella que lo refleje en mayor medida como son preguntas con opciones de respuesta intermedias valorando las respuestas en muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo.

Para la elaboración del cuestionario, se tomó en cuenta la hipótesis pues es el eje principal de la investigación, tomándose como referencia a las variables y sus dimensiones para obtener los distintos indicadores. Se identificaron 16 indicadores diferentes de la variable independiente y 16 de la variable dependiente, elaborando una pregunta por cada indicador, con cinco opciones de respuesta para cada una.

Así el cuestionario está formado por 16 preguntas relacionadas con la emigración y 16 más que consideran a la atención de enfermería dentro del programa de planificación familiar; sumando así un total de 32 preguntas por cuestionario, obteniendo de esta manera el instrumento de trabajo (Ver Apéndice No. 2).

## **1.13 REQUERIMIENTOS DE LA INVESTIGACION.**

### **1.13.1 RECURSOS HUMANOS.**

- Un Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en el módulo de Ixtlan de los Hervores, de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 Zamora, del Estado de Michoacán
- Una Supervisora de Auxiliares de Salud del mismo módulo
- Diez Auxiliares de Salud del mismo módulo
- Un Lic. En Enfermería y Obstetricia como Asesor Académico

### **1.13.2 RECURSOS MATERIALES.**

- Una computadora personal
- Una impresora Hewlett Packard Laserjet 4L
- Papelería como son: lápices, plumas, hojas, libretas, gomas, disquetes, grapas, etc.
- Fotocopiado de libros, revistas y artículos para la fundamentación del marco teórico.
- Fotocopiado del instrumento de recolección de datos

### **1.13.3 RECURSOS FINANCIEROS.**

El financiamiento de la investigación fue personal y con las becas que proporciona la SSA del Estado y la UNAM, pero se contó con el apoyo de la Jurisdicción Sanitaria No.

2 Zamora en algunos de los recursos materiales y la facilitación de la información necesaria para la investigación, así como del Municipio de Ixtlán de los Hervores donde se contó con equipo de cómputo y material de papelería.

Durante la investigación se gastó en fotocopias de bibliografía para la fundamentación del marco teórico con un monto aproximado de \$ 150.00, también se gastaron aproximadamente \$ 300.00 en pasajes para el traslado a las comunidades donde se aplicaron los cuestionarios para la recolección de datos. El gasto de la impresión de las copias necesarias para la titulación es aproximadamente de \$ 1 000.00.

El fotocopiado del instrumento de recolección de datos corrió a cargo de las Jurisdicción Sanitaria No. 2 Zamora y del Municipio de Ixtlán de los Hervores, el cual tuvo un monto aproximado de \$ 460.00.

El gasto aproximado de la presente investigación fue de \$ 1 910.00 en total

## CAPITULO II    MARCO TEORICO, CONCEPTUAL Y REFERENCIAL DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO.

### **2.1 EMIGRACION.**

Primeramente debemos entender lo que es la emigración y no confundirlo con dos términos muy semejantes que son la inmigración y la migración. Por emigración se debe entender: dejar o abandonar a una persona, familia, pueblo o país con el propósito de establecerse en otro lugar, ya sea ausentándose temporalmente o definitivamente. La inmigración es el llegar a un pueblo o país para establecerse en él quienes abandonan otro lugar de residencia, mientras que migración va a conjuntar a la emigración y a la inmigración pues esta es el movimiento de una persona o grupo de personas que abandonan su pueblo o país para ir a establecerse en otro.

#### **2.1.1 CAUSAS DE LA EMIGRACION.**

A Principios de siglo se comienza a dar un gran crecimiento de la población mexicana, la cual iría aumentando paulatinamente a través de los años, además del crecimiento poblacional, se fueron dando una mecanización de la agricultura comercial, una aguda escasez de nueva tierra de cultivo y bajas fuentes de trabajo lo que fue provocando que disminuyeran las oportunidades de empleo, principalmente rural, por lo cual "entre 1940 y 1960 ocurrió un aumento de 74 % en el número de trabajadores agrícolas sin tierra en México"<sup>2</sup> además de que disminuían los salarios para quienes si encontraban empleo.

---

<sup>2</sup>V. KEMPTER, Robert. Compañeros en la Ciudad, Ed. El Colegio de Michoacán, Zamora Mich. México 1991, pag. 51

Para la población la necesidad de encontrar trabajo o de que este fuera permanente, así como el mejorar su situación económica los lleva a buscar lugares con mejores oportunidades, principalmente a la población rural, por lo que se trasladaba a las ciudades, provocando así su emigración.

Además la gente busca la emigración por que ésta supone una gran cantidad de beneficios, pues los "emigrantes usan los ingresos obtenidos en su trabajo emigratorio para la construcción de casas, bienes y servicios, para adquirir tierras y para el gasto doméstico a fin de mejorar su nivel de vida"<sup>3</sup>, así es como la construcción de casas o su reparación, se convierte en un seguro para la vejez o en un momento dado la herencia para los hijos

La emigración también se veía propiciada por la industrialización capitalista, con la cual se creaban fábricas en lugares estratégicos, buscando la cercanía con proveedores, acceso a los servicios y principalmente cerca del mercado adquisitivo, estas fábricas proporcionaban una gran fuente de trabajo, principalmente aquellas que no requerían de mano de obra capacitada, como lo era la construcción (de grandes edificios, fábricas, carreteras, etc.), naciendo así las ciudades industriales

Entre los principales en emigrar se encontraban los varones solos o la cabeza de familia de las áreas rurales, los más educados y capacitados para el trabajo "menores de 30 años que habían sido trabajadores agrícolas sin tierra y pequeños agricultores de subsistencia"<sup>4</sup> y que lo hacen por temporadas cortas, todo esto estará mediado principalmente por las condiciones generales de la economía personal y de la necesidad de mejorar las condiciones sociales y económicas.

<sup>3</sup> TOPIZ, CASTRO, Gustavo. *La Casa Dividida*. I-4. El Colegio de Michoacán, Zamora Mich., México 1992. pag. 71. (Un estudio de casos sobre la migración a E. U. en un pueblo michoacano)

<sup>4</sup> KEMPER, Robert Op. Cit. pag. 53

Además de que los campesinos cada vez son más conscientes de la gran diferencia de salarios entre las áreas rurales y las urbanas por ejemplo en "1970 el salario en las zonas rurales era de 24 pesos mientras que en el Distrito Federal era de 32 pesos diarios"<sup>5</sup> además de la gran diferencia de los costos de la vida, lo cual atraía grandemente a los emigrantes.

### 2.1.2 COMO SE PRODUCE LA EMIGRACION.

En las áreas rurales, "principalmente pequeñas comunidades con menos de 2 500 habitantes y que se encuentran en los municipios menos desarrollados y mas pobres de la nación"<sup>6</sup>, su población se concientiza de las mejoras que tienen las ciudades en comparación con sus pueblos debido a los medios de comunicación, pues a través de estos se dan cuenta de que los salarios son mejores en las ciudades al igual que el nivel de vida, además de que con la ampliación de carreteras se les facilitan los viajes a las diferentes ciudades; también es probable que conozcan a alguien en la ciudad, como son familiares, amigos, vecinos, o compañeros de trabajo con los que mantienen contacto a través de visitas o correspondencia o puede que en el pueblo haya quien ya ha emigrado con anterioridad y ha logrado mejoras en su economía y nivel social.

Todo lo anterior puede provocar que los campesinos sin tierra o agricultores de subsistencia, además de la confianza en sí mismos, se animen a buscar mejores oportunidades y mejorar su condición de vida, y se decidan a emigrar.

<sup>5</sup>Idean pag. 57

<sup>6</sup>HERNANDEZ FIGUEROA, Ramon. Del Campo a la Ciudad, Ed. El Colegio de Michoacán, Zamora Mich. México 1989, pag. 33

### 2.1.3 LUGARES DE PREFERENCIA DE LOS EMIGRANTES.

Los lugares de mayor atracción para los emigrantes son aquellos que representan mayores ingresos económicos y de mayor facilidad de empleo, siendo estos las ciudades más grandes y para los que viven al norte del país su mayor interés se encuentra en Estados Unidos (EU)

En el país las ciudades de mayor atracción para los emigrantes son Guadalajara, Monterrey, Morelia y principalmente la Ciudad de México, ya que en ella encuentran empleo y mejoran sus ingresos, comparados a su lugar de origen, en un tiempo relativamente corto "En 1970, el 46 % encontraba trabajo en la primera semana y el 30% en el primer mes"<sup>7</sup>, con esto mejoraba su situación, pues se iban convirtiendo en propietarios de terrenos, casas, vehículos, aparatos electrodomésticos, etc., que hasta antes de emigrar nunca habían podido adquirir, por lo que la mayoría se decide a quedarse a residir a donde emigró o lo abandona por corto tiempo (para asistir a la fiesta del pueblo, navidad y año nuevo, durante las vacaciones o fiestas de familiares), pues les gusta más la vida urbana, ya que representa un mayor nivel de vida

La emigración a EU inicia desde el siglo pasado en 1848 cuando se firma "el Tratado de Guadalupe Hidalgo, y que los mexicanos tenían que cruzar la frontera para trabajar en el rancho de sus abuelos"<sup>8</sup> después "en 1910 la gente huía a EU a causa de la revolución"<sup>9</sup>.

Posteriormente gracias a que las grandes ciudades del país atrajeron a gran cantidad de emigrantes a empleos no duraderos, como lo eran los de la construcción, en la que al terminar un gran edificio desempleaban una gran cantidad de mano de obra, lo que junto con la revolución que sufría la agricultura en la que unos pocos productores se volvían ricos y otros muchos en miserables, la crisis comenzó a llegar de lleno provocando que

<sup>7</sup>Ibid pag 36

<sup>8</sup>LOPEZ CASTRO, Gustavo. Op Cit pag 71

la emigración a EU fuera mayor y constante, sirviendo como una "válvula de escape"<sup>9</sup> sobre todo en los años 40 cuando EU inicia el "Programa Bracero"<sup>10</sup> impulsado por la falta de mano de obra en este país, ya que la mayoría de esta se encontraba combatiendo en la Segunda Guerra Mundial, lo que aprovechado por aquellos que no tenían tierras y sufrían la crisis, y deseosos de mejorar su nivel de vida, se trasladaban a EU en donde se requería la fuerza laboral tanto en el campo como en la industria

En la década de los 50s el gobierno de EU permitió la legalización permanente de los emigrantes documentados, quienes a través del tiempo se convertirían en las redes sociales necesarias para que se continué la tradición de emigrar a ese país de manera constante y permanente hasta nuestros días

Las poblaciones emigrantes que ya se encuentran como residentes en EU ha favorecido a nuevos emigrantes, pues estos al emigrar llegan inicialmente a vivir con familiares, amigos o con simples conocidos, de quienes reciben un gran apoyo mientras se acomodan laboralmente y consiguen vivienda, favoreciendo además el que comunidades que nunca habían expulsado mano de obra a EU lo hagan actualmente

En las últimas décadas ya no emigran nada más hombres solos para trabajos agrícolas, sino que también lo hacen las mujeres e incluso familias enteras o quienes se reúnen con la cabeza de la familia, pues las mujeres ya también se emplean en trabajos de poca fuerza, como son los servicios domésticos, la meseras, las recamareras e incluso la industria de la electrónica, debido a las exigencias cada vez mayores de la vida moderna, sobre todo aquellos a los que les gusta "emigrar por temporadas, que lo hacen entre 6 y 18 meses, regresando a su comunidad natal"<sup>12</sup>. Actualmente ya muy pocos emigran de

<sup>9</sup>Ibidem pag. 74

<sup>10</sup>Ibidem, pag. 77.

<sup>11</sup>HERNANDEZ FIGUEROA Ramon Op. Cit. pag. 39

<sup>12</sup>WAYNE A. Cornelius Los emigrantes de la crisis I & II Colegio de Michoacán, Zamora Mich. México 1990 pag. 65

manera aislada, por lo regular tienen padres, hermanos, tíos, primos, cuñados, etc en EU quienes les brindan su apoyo mientras se establecen.

Principalmente la emigración se da al Estado de California, por el gran número de oportunidades que ofrece, y por la menor discriminación racial que se presenta en este Estado. Dentro de México los principales exportadores de emigrantes a EU se encuentran los Estados de Jalisco y Michoacán seguidos por Baja California Norte, Sinaloa, Guerrero, el Distrito Federal, Morelos, Hidalgo y Puebla<sup>13</sup>

#### 2.1.4 EMIGRACION EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

El estado de Michoacán se encuentra como ya se mencionó entre uno de los principales Estados que proporciona emigrantes, sobre todo a EU, debido a la falta de fuentes de trabajo, y a que tiene una gran tradición desde hace muchos años en exportar emigrantes, pues desde 1913 el secretario general de gobierno en Michoacán le envió un oficio al prefecto del Distrito de Zamora, donde le pidió que influyera en el ánimo de los vecinos de sus respectivos municipios, para disuadirlos del propósito que algunos pudieran tener de emigrar a EU, en busca de trabajo, dándoles a conocer los inconvenientes existentes de ello y que esperaran a que mejorara la situación<sup>14</sup>, lo cual no sucedió y salió más gente del Estado de Michoacán, y que se puede observar aun actualmente, y ahora con mayores facilidades para aquellos que emigran, pues ya tienen parientes o amigos en EU los cuales les apoyan mientras se establecen.

Actualmente se puede ver que ya no solo emigran varones solos, sino que lo hacen personas de todas las edades y sexos, las mujeres ya trabajan en fábricas de electrónica, como sirvientas o meseras etc., inclusive se observa que muchos jóvenes salen no solo a trabajar a EU sino que también se van a estudiar, y lo que principalmente los impulsa a

<sup>13</sup>Idem pag 69

<sup>14</sup>OPPE CASTRO Gustavo Op Cit pag 71

emigrar es el estatus social que adquieren al hacerlo, pues es evidente que mejoran económicamente, pues se les ve con mejores casas, más modernas y con mejores muebles, incluso con mejores vehículos y son más educados en comparación con aquellos que no emigran en las comunidades.

## **2.2 ATENCION DE ENFERMERIA DENTRO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

### **2.2.1 COMPONENTES OPERATIVOS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

El Programa de Planificación Familiar se auxilia de mucho personal para su atención y difusión, pues este se lleva a cabo en los tres niveles de atención, ya que se atiende por la medicina especialista y general, así como por la enfermería especialista, general y auxiliar y por personal voluntario. Por lo anterior y por los intereses de la presente investigación solo se estudiaron los componentes operativos que atienden, a nivel modular, a las comunidades de bajos o nulos recursos médicos, los cuales están comprendidos en la Estrategia de Extensión de Cobertura y el Programa Operativo del Convenio Específico de Colaboración ENEO - DGSR.

#### **2.2.1.1 ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA.**

Durante las últimas décadas el gobierno de la República realiza grandes esfuerzos por atender a la población más desprotegida, la cual habita en localidades pequeñas dispersas y de difícil acceso, debido a que esto dificulta la instalación de servicios de salud para satisfacer sus necesidades. En México existen 154 016 localidades rurales, las

cuales tienen menos de 2500 habitantes cada una, formando el 28.7 % de la población del país, según el XI Censo General de Población y Vivienda 1990.

Debido a que la Secretaría de Salud (SSA) tiene la responsabilidad de atender a la población abierta o población rural dispersa del país, "creó en 1985 la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC-SSA), para llevar servicios básicos de salud, entre ellos la planificación familiar, para así procurar y mejorar el bienestar social"<sup>15</sup>, de la que se encarga la Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR) y lleva la normatividad, seguimiento y evaluación de dicha estrategia, a través de una coordinación con autoridades estatales y la organización de la jurisdicción sanitaria.

"La EEC-SSA es un conjunto de servicios de atención primaria a la salud diseñada para satisfacer las necesidades básicas de los habitantes de las comunidades rurales dispersas"<sup>16</sup>, para lograr dicho objetivo la EEC-SSA se auxilia de una persona voluntaria de la misma comunidad, a quien se nombra "auxiliar de salud", que es capacitada y supervisada por una enfermera que la visita periódicamente quien además le proporciona apoyo técnico

#### **- Estructura Operativa.**

La EEC-SSA forma parte de la infraestructura de la SSA en el nivel jurisdiccional. El personal depende del Jefe de la Jurisdicción Sanitaria, quien se vincula con ellos a través del coordinador médico jurisdiccional de la EEC-SSA, formando el enlace entre los servicios institucionales de atención médica y el componente comunitario.

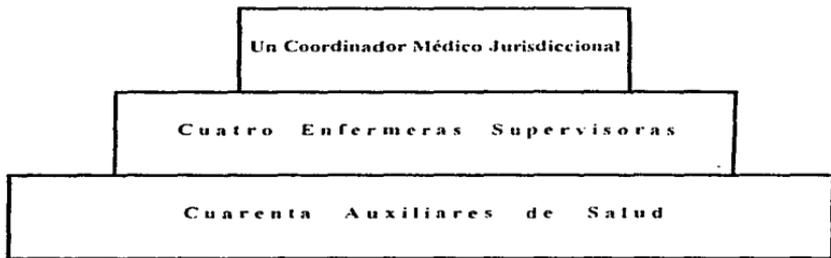
La Jurisdicción Sanitaria es responsable de elaborar la programación local y la distribución de insumos y materiales, al igual de la ejecución, supervisión y evaluación

<sup>15</sup> Estrategia de Extensión de Cobertura. Documento para Preparación de Servicios Básicos de Salud a la Población Rural. (D.L.C.) Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva. Pág. 4

<sup>16</sup> D.L.C. Ibid. Pág. 6

de las actividades de la EEC-SSA en cada uno de los módulos de atención comunitaria. Cada módulo se integra en promedio por 10 comunidades a cargo de una enfermera supervisora de auxiliares de salud, quien supervisa, capacita y asesora en servicio a la auxiliar, y la dota de los recursos materiales para su trabajo.

Así la EEC-SSA se compone por auxiliares de salud, enfermeras supervisoras y coordinadores médicos jurisdiccionales. De esta manera un coordinador médico jurisdiccional coordina las actividades de cuatro enfermeras supervisoras, y cada una de estas coordina y apoya a diez auxiliares de salud, quedando así la siguiente pirámide operativa:



**- Funciones de la Estructura Operativa.**

**Coordinador Médico Jurisdiccional:** El coordinador médico jurisdiccional es el apoyo para el personal que labora en el ámbito comunitario y depende del jefe de la Jurisdicción Sanitaria. Este médico tiene como principales características, una preparación técnico-administrativa en servicios básicos de salud para cumplir en forma óptima con las actividades asignadas. Las funciones fundamentales son programar,

coordinar, dirigir, capacitar, supervisar, informar y evaluar las actividades en los componentes comunitario e institucional en el ámbito jurisdiccional.

**Enfermera Supervisora:** En la EEC-SSA la enfermera supervisora representa el enlace entre la auxiliar de salud y los servicios institucionales, fortaleciendo de esta forma la cobertura de servicios de salud a la población rural. La enfermera supervisora es el personal de enfermería de nivel general, técnico o auxiliar, con experiencia en trabajo de campo en lo que se refiere a atención materno infantil y planificación familiar, con habilidades de supervisión y capacitación que le permitan desarrollar las actividades a realizar en las localidades rurales bajo su responsabilidad. De su labor depende en buena medida el éxito de los programas de salud incorporados en la EEC-SSA

**Auxiliar de Salud:** La auxiliar de salud es la persona que suministra los servicios básicos de salud y promueve medidas que mejoren las condiciones sanitarias, como son: planificación familiar y atención primaria a la salud a la población rural; Lograr la participación solidaria de la comunidad 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; Establecer coordinación con las autoridades locales para el desarrollo y realización de actividades comunitarias

#### **- Perfil de la Estructura Operativa.**

**Coordinador Médico Jurisdiccional:** Médico cirujano titulado; experiencia profesional en actividades de planificación familiar, mínima de un año. Residencia en su jurisdicción; Disponibilidad para viajar dentro del área de su jurisdicción sanitaria; Interés en las actividades de planificación familiar y la atención primaria a la salud; Motivación para trabajar en áreas rurales, y habilidad para establecer buenas relaciones humanas, desarrollar iniciativas, tomar decisiones y conducir grupos

**Enfermera supervisora:** Enfermera general, técnico o auxiliar. Disponibilidad para viajar a las comunidades rurales que integran el módulo; Experiencia en actividades de campo, supervisión y capacitación, mínima de un año. Residencia en la localidad que se selecciona cabecera de módulo; Habilidad para: Establecer enlace entre las comunidades rurales y el componente institucional, fincar una comunicación con líderes de la comunidad, identificar áreas problema a las cuales debe darse solución, proporcionar adiestramiento en servicio a la auxiliar de salud durante las visitas de supervisión. Y capacidad para: programar, organizar y controlar con otros trabajadores de la salud, las actividades que se llevan al cabo en las comunidades rurales y proporcionar atención selectiva y referir a los usuarios de la auxiliar de salud cuando requieran de una atención de mayor nivel.

**Auxiliar de Salud:** La selección de la auxiliar de salud se realiza en forma conjunta con el comité de salud de la comunidad y la propia comunidad, lo que permite establecer los requisitos indispensables con base en las siguientes características: ser oriunda o residente de la localidad rural, ser líder natural y participar en acciones en bien de la comunidad, mostrar interés en el trabajo que desarrollara en la comunidad, disponer de un tiempo mínimo de cuatro horas diarias para el desarrollo de sus actividades, ser propuesta por la comunidad para desempeñar el trabajo de auxiliar de salud, obtener un resultado satisfactorio de las entrevistas y del examen, tener edad entre 20 y 45 años, preferentemente casada o haberlo sido, instrucción primaria o saber leer y escribir, y contar con el apoyo de su familia. Estas además a veces pueden ser Parteras Tradicionales.

#### - Actividades.

La auxiliar de salud y la enfermera supervisora efectúan anualmente un censo por edad y sexo, escolaridad, número de parejas y familias, e identifican a las mujeres embarazadas.

Asimismo, hacen un croquis de la distribución de las viviendas, los edificios públicos, accidentes geográficos y otros puntos de interés. En este croquis se marcan los hogares de las embarazadas, de los infantes menores de cinco años, de los niños con esquemas de vacunación incompletos, de las usuarias de planificación familiar, así como de los ancianos y de las personas enfermas o incapacitadas. El censo y el croquis de la población sirven de base para hacer el plan de trabajo de las actividades de las auxiliares de salud y de la enfermera supervisora.

La participación de estas ha sido determinante para la integración del Censo Nominal del Programa de Vacunación Universal, en el que se registran todas las mujeres en edad fértil y los menores de cinco años según las dosis de vacunas, para así facilitar la cobertura. La EEC-SSA también constituye uno de los eslabones del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Simplificada, instrumento que permite detectar oportunamente los riesgos para la salud, mediante un registro sencillo de notificación de los casos de enfermedad.

**Las principales actividades que se realizan en la EEC-SSA son las siguientes:**  
*Atención Primaria a la Salud en Comunidades Rurales:* Inmunizaciones, agua limpia, nutrición adecuada, lactancia materna, planificación familiar, prevención y control de enfermedades diarreicas y enfermedades respiratorias.

La atención a adultos consiste en efectuar. La detección y vigilancia de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio; la atención de casos de morbilidad local, planificación familiar, primeros auxilios y curación de heridas; aplicación de toxoide tetánico; y referencia de pacientes.

La atención a menores de cinco años incluye. Asistencia del recién nacido; vigilancia y control del niño sano; somatometría; promoción y aplicación de inmunizaciones,

promoción de medidas para evitar las diarreas y uso de hidratación oral, prevención y control de las infecciones respiratorias agudas, y referencia de pacientes

La atención general comprende. Sesiones educativas para la promoción y fomento de la salud; saneamiento básico como letrinización y potabilización del agua, y promoción de acciones sociales para mejorar las condiciones de salud. Para lograr la participación comunitaria, la supervisora y la auxiliar realizan de manera sistemática entrevistas, visitas domiciliarias y sesiones educativas

#### **- Capacitación.**

La capacitación es una de las actividades fundamentales ya que mediante ella se proporciona la información técnica básica para desarrollar las habilidades necesarias para la prestación de los servicios y así mejorar la calidad de la atención. La capacitación comprende tres modalidades: la formal, la continua y en el servicio.

“Para la capacitación formal, los coordinadores médicos jurisdiccionales, las supervisoras y las auxiliares de salud reciben la información e instrucción básica a través del curso de introducción al puesto. En este curso se describen ampliamente los lineamientos operativos de la EEC-SSA, las características, responsabilidades y funciones de cada una de las personas que integran el equipo de salud, así como las normas y procedimientos institucionales para la prestación de los servicios. Se cuenta con diversos manuales de contenidos educativos y paquetes didácticos, con el propósito de que la capacitación se lleve a cabo de manera integral y desconcentrada por el personal jurisdiccional y estatal.

La capacitación en servicio se realiza mediante las visitas de supervisión. Se presencia la ejecución de las actividades para dar recomendaciones y guiar a la auxiliar de salud para el mejor desempeño de las atenciones. Como apoyo, cuenta con guías específicas de

**capacitación-supervisión.** La capacitación continua se efectúa periódicamente, mediante información actualizada sobre las actividades de los programas de la EEC-SSA y para ello la enfermera supervisora realiza reuniones con las auxiliares de salud de cada módulo".<sup>17</sup>

#### **- Supervisión.**

La supervisión es una actividad primordial para lograr que los servicios de la EEC-SSA tengan mayor calidad y calidez. Mediante la supervisión se puede verificar el cumplimiento de las metas programadas, la aplicación de las normas y de los procedimientos operativos institucionales; así mismo, asegura la aplicación correcta de los recursos disponibles. La supervisión se realiza en forma planeada, sistemática, y objetiva.

Las visitas de supervisión a la comunidad por parte de la supervisora se hacen dos veces al mes, y el coordinador médico jurisdiccional acompaña a la supervisora, una vez al mes. La supervisión incluye la observación directa de las actividades de la auxiliar y su desempeño en la comunidad. La supervisión administrativa revisa los registros de los calendarios de control para así contar con una información oportuna, veraz y de buena calidad. La supervisora revisa y analiza esta información con la auxiliar y de esta manera promueve una actitud creativa y el fijarse metas por parte de la auxiliar.

#### **- Información y Evaluación.**

La EEC-SSA cuenta con un sistema de información que permite evaluar el desarrollo de las actividades y de esta forma, apoyar la toma de decisiones en los diferentes niveles responsables de la EEC-SSA: modular, jurisdiccional, estatal y nacional. Este sistema de información es el componente comunitario del Sistema Estatal de Información Básica

---

<sup>17</sup>EEC. Bul. Pág. 8

(SEIB). Una de las características más importantes del SEIB es que permite evaluar de manera oportuna la prestación de servicios de cada nivel operativo, debido a que en cada nivel específico se cuenta con la información antes del nivel inmediato superior

El sistema de la información de la EEC-SSA está integrado por cuatro subsistemas que permiten evaluar los servicios básicos de salud: planificación familiar, embarazo, parto y puerperio; atención al menor de cinco años, y actividades varias. Para recolectar los datos y generar información desde la comunidad hasta el nivel jurisdiccional, el sistema de información utiliza cuatro formatos para cada subsistema: Calendario de control, registro permanente, informe de módulo, e informe de la jurisdicción. Para concentrar la información mensual de todas las comunidades del estado, se utiliza el informe de Actividades Realizadas Fuera de la Unidad Médica en donde se registran los datos de los informes jurisdiccionales.

Durante los últimos cinco días de cada mes, la supervisora de auxiliares de salud actualiza los registros permanentes de todas las comunidades a su cargo con el fin de concentrar la información en el informe de módulo. El coordinador médico jurisdiccional valida la información y entrega los informes de módulo al estadígrafo jurisdiccional, quien es el responsable de llenar el informe de la jurisdicción de cada subsistema. En el nivel estatal se concentran los datos de las jurisdicciones y se envía a la Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación a más tardar el día 20 del mes posterior al que se informa. De esta forma el SEIB es la fuente sistemática de datos que genera el número de usuarios con el que se evalúa periódicamente el cumplimiento de las metas, se programan las actividades y se realiza la presupuestación correspondiente.

En particular para la evaluación de la EEC-SSA además de los datos del SEIB, se utiliza información de las visitas de supervisión en todos los niveles que permiten hacer un diagnóstico operativo de las actividades con el fin de implementar las líneas de acción

que propicien un desarrollo eficiente del personal que participa en la Planificación Familiar.

### **2.2.1.2 PROGRAMA OPERATIVO DEL CONVENIO ESPECIFICO DE COLABORACION ENEO-DGSR.**

Para la atención que brinda la EEC-SSA y ya que las enfermeras supervisoras pueden ser enfermeras generales, técnicas o auxiliares, y tomando en cuenta que la preparación académica de los Pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (PLEO) de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (ENEO-UNAM) compite de una manera más que optima con este perfil, "en octubre de 1990, la SSA y la UNAM, suscribieron un Programa Especifico de Colaboración (PEC) que contiene como objetivo, entre otros, contribuir al mejoramiento en la calidad de los servicios que se proporcionan en la EEC-SSA, participación en la capacitación de las Auxiliares de Salud, complementando la enseñanza teórico - práctica de los pasantes de la ENEO-UNAM"<sup>18</sup> con lo que dichos pasantes fueron incorporados a la EEC-SSA en estados del país como son: Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Michoacán desde 1990 hasta la fecha, para apoyar a las enfermeras supervisoras en la capacitación y supervisión a las auxiliares de salud

Con la incorporación del PLEO a la EEC-SSA, este tiene la oportunidad de consolidar y poner en practica sus conocimientos, adquiridos en su preparación académica, así como de brindar un verdadero servicio social a la población que más lo requiere, y que se encuentra en zonas rurales de baja y prácticamente nula atención médica.

Para un mejor desarrollo del PEC este se dirige a través de los siguientes objetivos:

<sup>18</sup> Programa Operativo del Convenio Especifico de Colaboración ENEO-DGSR (PEOC-ENEO-DGSR). Ed. ENEO-UNAM, México, Junio de 1990. Pág. 7.

**"General:**

- Definir los lineamientos que regirán las acciones del personal involucrado en el Convenio Especifico de Colaboracion ENEO-DGSR, en los diferentes niveles

**Especificos:**

- Establecer los lineamientos para las actividades del pasante durante su servicio social, especificamente en lo relativo a la capacitacion de las Auxiliares de Salud y Parteras Tradicionales, en atención primaria a la salud, con énfasis en Salud Reproductiva
- Definir la forma de coordinación y apoyo, del personal involucrado en el Convenio Especifico de Colaboración ENEO-DGSR <sup>19</sup>

Por lo cual los pasantes deberán estar constantemente en coordinación tanto con el Coordinador Medico Jurisdiccional como con la Enfermera Supervisora, y por lo que deberá al inicio de su servicio social elaborar los siguientes trabajos:

- Programa General de Trabajo
- Diagnóstico de necesidades de capacitación, y
- Programa de Capacitación dirigido a Auxiliares de Salud y Parteras Tradicionales (si cuenta con Parteras Tradicionales en su módulo).

Además los pasantes serán partícipe de las reuniones de evaluación del convenio realizadas trimestralmente por los niveles jurisdiccionales y estatales.

---

<sup>19</sup>POC ENEO-DGSR. In4 Pag 7

Los pasantes que sean incorporados a la EEC-SSA recibirán un curso de introducción al puesto por parte de los servicios estatales, la DGSR y la ENEO; además serán supervisados constantemente durante el año que dura su servicio social, con respecto al desarrollo de sus actividades y los obstáculos y facilitadores durante el mismo, por los niveles jurisdiccionales y estatales la DGSR y la ENEO.

#### **- Actividades del Pasante.**

*Capacitación de las auxiliares de salud y la partera tradicional, en la atención primaria a la salud con énfasis en la salud reproductiva.* La ejecución de esta actividad debe cumplirse de acuerdo a lo establecido en el Programa de Capacitación, elaborado por el pasante, para lo cual elaborara los siguientes trabajos:

- ◆ Aplicación de las Guías de Detección de Necesidades de Capacitación a cada Auxiliar de Salud del módulo asignado y según los casos indicados, a Partera Tradicionales.
- ◆ Elaboración del Diagnóstico de Necesidades de Capacitación.
- ◆ Elaboración, ejecución y evaluación del Programa de Capacitación para Auxiliares de Salud y Partera Tradicionales.

La capacitación a realizarse por el pasante será en servicio y consiste en una asesoría individualizada proporcionada al momento de la presentación del servicio. Es necesario que el pasante se traslade a cada una de las comunidades del módulo al que está adscrito, realizando visitas a las Auxiliares de Salud, que en promedio podrán ser de una o más al mes por comunidad.

La capacitación en servicio parte de la aplicación de la Guía de Detección de Necesidades de Capacitación a cada una de las Auxiliares de Salud del módulo, a partir de ésta se generará un Diagnóstico que conformará el Programa de Capacitación. Las actividades de dicha capacitación se reportarán mensualmente dentro del informe narrativo.

Las áreas a capacitarse son aquellas relativas a la atención primaria a la salud, dedicada a la Planificación Familiar, atención prenatal y del puerperio, atención al menor de cinco años y actividades varias (como la promoción, primeros auxilios, sueros e inyecciones, entre otras) así como la promoción para el desarrollo de la comunidad. En el caso de las Parteras Tradicionales se le dará énfasis a la atención del parto limpio.

Con relación a la Salud Reproductiva, es necesario incorporar un enfoque integral en el servicio del hombre y la mujer, referente a un riesgo reproductivo lo cual implica una actualización con relación a la Planificación Familiar, salud sexual, Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), así como la prescripción de metodología anticonceptiva. Todo esto a su vez implicará el conocimiento de la Orientación-Consejería, a fin de favorecer el acceso a la Salud Reproductiva tanto a la mujer como al varón.

La prestación de los servicios de los pasantes deberá ser acorde a las normas oficiales mexicanas, vigentes en la Secretaría de Salud, relativas a Planificación Familiar y Atención Materno Infantil, las cuales estarán basadas en:

- Elaboración, ejecución y evaluación del Programa General de Trabajo para el Servicio Social.
- Coordinación directa con la Supervisora de Auxiliares de Salud en el desarrollo de las funciones dentro de la EEC.

- Participación en actividades que contribuyen en el desarrollo de las comunidades.
- Promoción a la salud en las comunidades.
- Referencia oportuna de los casos detectados que requieren atención, de acuerdo al nivel de complejidad que presenten.

Las actividades realizadas se registrarán en los informes mensuales. Estos informes deberán ser entregados al término del mes para el visto bueno de los diferentes niveles jerárquicos, de acuerdo a un flujograma establecido.

Además los pasantes deberán elaborar y entregar un trabajo de investigación conforme a los lineamientos académicos establecidos por la ENEO, el cual deberá estar dirigido a las áreas de Atención Primaria a la Salud con énfasis en Salud Reproductiva y en vinculación con el que hacer de enfermería

El pasante debe estar en coordinación con los diferentes niveles jerárquicos involucrados con su servicio social:

**A) Nivel Central:** En la ENEO a través de la Coordinación de Servicio Social y Opciones Terminales de Titulación, con el Tutor Académico y Coordinador Responsable del Convenio. Dentro de la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Salud Reproductiva y la Dirección General de Enseñanza en Salud, con los responsables del Convenio.

**B) Nivel Estatal:** Con el Jefe del Departamento de Salud Reproductiva y el responsable de la EEC, así como con el Jefe de Enseñanza e Investigación.

**C) Nivel Jurisdiccional:** Con el Jefe Jurisdiccional y con el Coordinador Médico Jurisdiccional:

**D) Nivel Modular:** Con el Director de la Unidad o Centro de Salud de la cabecera de módulo, la Supervisora de Auxiliares de Salud, además de mantener comunicación con la Jefe de Enfermeras de dicha Unidad o Centro de Salud

**E) Nivel Comunitario:** Con las autoridades, líderes locales, Auxiliares de Salud, integrales del Comité de Salud, líderes informales y Parteras Tradicionales.

Al término del año de servicio social el pasante aplicará por segunda ocasión la Guía de Detección de Necesidades y valorará los logros obtenidos a través de un diagnóstico final de necesidades de capacitación

Para finalizar el servicio social el pasante entregará los siguientes trabajos: Programa General de Trabajo, Guía de detección de necesidades de capacitación (inicial y final), Programa de Capacitación dirigido a Auxiliares de Salud y Parteras Tradicionales, Trabajo de Investigación (individual o grupal), conjuntamente con la presentación de resultados; Comprobación de entrega de todos los Informes Mensuales (numérico y narrativo) generados durante el año de Servicio Social; y Informe Global de Actividades

## **2.2.2 PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR 1995-2000.**

En los últimos 20 años, México ha conseguido notables avances en materia de Planificación Familiar y Atención Materno Infantil. Estos logros permitieron en un tiempo relativamente corto disminuir la fecundidad y la natalidad así como disminuir la morbilidad y mortalidad materno-infantil

El impacto de estos programas se ha traducido en un crecimiento más armonico de la población y ha contribuido al incremento en la esperanza de vida al nacimiento, sin embargo, estos avances no han sido homogéneos en todo el territorio nacional y aun se tienen rezagos importantes, así como demandas y necesidades no satisfechas, particularmente en aquellas regiones con población que reside en comunidades rurales e indígenas de difícil acceso. Las prioridades actuales se centran en la atención a los grupos sociales vulnerables y de alto índice de marginación.

Con el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 presentado por el presidente de la República, Ernesto Cedillo Ponce de León, se considera a la Salud Reproductiva y a la Planificación Familiar como ejes estratégicos del desarrollo del país, y dentro de los esfuerzos encaminados a fortalecer el desarrollo de nuestro país y de acuerdo con los lineamientos del Programa de Reforma del Sector Salud y los Programas Nacionales de Población y de la Mujer, se constituye el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000. Este programa contiene un Modelo de Atención a la Salud para la Población Abierta, con lo que se pretende garantizar el acceso a la información oportuna y servicios de calidad a un mayor número de mexicanos.

En este contexto, el concepto integral de Salud Reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos. La Salud Reproductiva es la capacidad de los individuos y de las parejas para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la edad y estado social y legal de las personas.

La misión del Nuevo Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, comprende pilares esenciales como la planificación familiar, la salud perinatal, la salud

reproductiva de la población adolescente, la salud de la mujer, incluyendo el riesgo preconcepcional, detección oportuna y manejo de la infertilidad y esterilidad y neoplasias del tracto reproductor femenino, la atención al climaterio y la posmenopausia, así como la prevención, detección y manejo de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

Por otra parte, para asegurar la calidad en la prestación de los servicios se requiere fortalecer el desempeño de los trabajadores de nivel directivo y operativo de salud, a través de la capacitación permanente en todos y cada uno de los componentes de la salud reproductiva y planificación familiar.

El debido cumplimiento de este programa, constituye un reto formidable para todas las instituciones de los sectores público, social y privado y nos compromete a redoblar esfuerzos, optimizar los recursos, desarrollar estrategias innovadoras y vigorizar las acciones de concertación para el logro de los objetivos. La salud reproductiva se consolida así en un derecho de todos los mexicanos y en un pilar de la dignidad humana.

El programa incluye un diagnóstico situacional de la salud reproductiva y la planificación familiar en México, los objetivos generales y específicos, así como las estrategias generales y las líneas de acción. Además está acorde con los lineamientos de las normas oficiales mexicanas actualmente vigentes en materia de salud reproductiva y planificación familiar.

Debido a los fines de la presente investigación se hablará de los puntos del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 exclusivamente en lo que se refiere a la Planificación Familiar y de la manera más fiel a dicho programa

### **2.2.2.1 DIAGNOSTICO DEL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR 1995-2000.**

México ha registrado en este siglo cambios substanciales en su estructura y dinámica poblacional que lo han llevado a una transición demográfica. Entre los cambios más importantes destacan la reducción progresiva y continua de la mortalidad, particularmente de la infantil, el abatimiento de la fecundidad y el incremento de la esperanza de vida al nacimiento.

La tasa bruta de mortalidad se redujo de 27 por mil habitantes en 1930 a 4.6 en 1994, mientras que la mortalidad infantil en el mismo periodo pasó de una tasa de 176 por mil nacidos vivos a 30.3. La tasa global de fecundidad alcanzó en 1970 la cifra de 6.6 hijos por mujer y descendió a 2.9 hijos en 1994. En forma concomitante, la tasa bruta de natalidad que era de 44.8 nacimientos por mil habitantes en 1930, pasó de 43.5 en 1970 y a 25.6 en 1994.

Las implicaciones de la transición demográfica, con un crecimiento poblacional aún elevado en números absolutos, muestran que además de las necesidades y demandas no satisfechas en salud reproductiva y planificación familiar, particularmente en el área rural (comunidades de menos de 2500 habitantes), emergen nuevos desafíos como la atención a la salud sexual y reproductiva de la población adolescente y la atención de las mujeres en etapa reproductiva. Asimismo, subsiste el reto de eliminar el rezago en las enfermedades de la pobreza como las afecciones maternas y perinatales y las derivadas de la desnutrición.

El descenso de la tasa global de fecundidad ha ocurrido en México esencialmente a expensas de la práctica de métodos anticonceptivos. La prevalencia de uso de estos métodos aumento del 30 % registrado en 1976, a casi el 64 % de las mujeres unidas en edad fértil en 1994, pero este indicador varía significativamente según diversos factores

sociales y demográficos, mientras que en 1992 la prevalencia era del 70 % en las localidades urbanas, en el medio rural (comunidades de 500 a 2500 habitantes) era de 44%, una diferencia de 26 %. A pesar de que esta diferencia ha disminuido en los últimos años, en las áreas rurales se observan patrones de uso de métodos anticonceptivos muy bajos, incluso inferiores a los alcanzados en 1982 en todo el país, lo que refleja la magnitud del reto que enfrentan los servicios de planificación familiar en dichas localidades.

El incremento de uso de metodología anticonceptiva se ha dado en todos los grupos etáreos, aunque los adolescentes y parejas unidas menores de 20 años la prevalencia y continuidad de uso aún es baja.

La distribución en el uso de los métodos anticonceptivos ha variado de manera notable en los últimos años. En la década de los setenta se utilizaban mayoritariamente los anticonceptivos hormonales orales de dosis intermedias y los métodos naturales, mientras que en la actualidad la preferencia es hacia la oclusión tubarica bilateral y el dispositivo intrauterino medicado con cobre, seguidos por los anticonceptivos hormonales, tanto orales como inyectables, y los métodos de barrera, incluido el condón, y los métodos de regulación de la fertilidad tradicionales y naturales muestran un descenso en su aceptación y uso.

La participación activa del varón en la planificación familiar ha mostrado recientemente un incremento discreto, pero significativo, particularmente después de la introducción de técnicas y estrategias contemporáneas en algunas instituciones del Sector Salud.

El Programa de Planificación Familiar se ha fortalecido en los últimos años con la incorporación a nivel interinstitucional de estrategias puntuales para la provisión de métodos anticonceptivos seguros, efectivos y aceptables.

**Debe destacarse la ampliación del Programa de Anticoncepción Posevento Obstétrico, el que utiliza métodos que no interfieren en la lactancia materna, lo que representa una oportunidad de encuentro con el Programa de Hospital Amigo del Niño y de la Madre del componente de salud perinatal. En el que el uso del dispositivo intrauterino medicado con cobre ha contribuido a aumentar el espaciamiento intergenésico**

La incorporación reciente de la vasectomía sin bisturí, un novel procedimiento que se ofrece en el primer nivel de atención, ha logrado una creciente demanda entre la población masculina tanto en el ámbito urbano como en el rural.

La provisión de información y servicios de salud sexual y anticoncepción para las/los adolescentes representa un punto de encuentro con otros pilares de la salud reproductiva, como la prevención y manejo de las enfermedades de transmisión sexual y la salud integral para este grupo etáreo. Finalmente, el acceso y oferta de tecnología anticonceptiva contemporánea, que se ha iniciado en los últimos años en poblaciones rurales, fortalecerá este componente prioritario de la planificación familiar.

Durante los últimos años se ha implementado y fortalecido la comunicación educativa y social en planificación familiar, así como la capacitación en tecnología anticonceptiva, incluido el proceso de orientación-consejería. Estos elementos se constituyen en un factor esencial para brindar información veraz y servicios de calidad que permiten a las parejas ejercer el derecho a decidir de manera responsable y libre el número y espaciamiento de sus hijos(as).

Dentro del concepto de Planificación familiar, se incluye la provisión de información y servicios a las parejas infértiles. En nuestro país se estima que entre 8 % y 12 % de las parejas en edad reproductiva presentan infertilidad. Algunas causas de infertilidad son prevenibles y la gran mayoría se puede corregir. Si bien las instituciones de salud del Sector Público cuentan con centros para la atención de la pareja infértil en el segundo y

tercer nivel, la información, prevención y manejo o referencia de estos casos se realizan en el primer nivel de la atención. Por otra parte, debe subrayarse que no existe hasta este momento normatividad oficial uniforme para la atención con calidad de los casos de infertilidad en todos los niveles, tanto en el Sector Público como el privado.

#### **2.2.2.2 OBJETIVOS.**

##### *General*

Garantizar a toda la población el acceso universal a información, orientación y servicios de alta calidad de planificación familiar en el contexto amplio de la salud reproductiva, con opciones múltiples de métodos anticonceptivos efectivos seguros y aceptables para todas las fases de la vida reproductiva, que permitan el libre ejercicio del derecho a decidir el número y espaciamiento de los/las hijos(as) y mediante un procedimiento de consentimiento informado. Los servicios deberán ser proporcionados con absoluto respeto a la dignidad de las personas y de las parejas de acuerdo con los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005 SSA2-1993) y atendiendo a la diversidad cultural y étnica del país.

##### *Específicos*

- Dentro del marco integral de la salud reproductiva, fortalecer y ampliar la cobertura y calidad de información, educación y comunicación de las acciones de planificación familiar, así como la prestación de servicios, para cubrir las necesidades y demandas no satisfechas, con particular énfasis en las áreas rural, rural dispersa y urbano marginada.
- Contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad, lo cual se logrará a través de una amplia acción intersectorial, que promueve la participación laboral y política

de las mujeres y que aumente escolaridad e información, en especial la relativa a la sexualidad y reproducción. Las instituciones de salud tendrán la responsabilidad de incrementar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos efectivos, seguros y aceptables para así contribuir a modular en forma armónica el crecimiento demográfico del país.

- Reducir el número de embarazos no deseados, no planeados o de alto riesgo, contribuyendo a la prevención del aborto y a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.
- Contribuir a ampliar el espacio intergenésico a través del reforzamiento y la ampliación de la cobertura de la práctica anticonceptiva posevento obstétrico.
- Fomentar la participación activa del varón en la planificación de la familia y su corresponsabilidad en las decisiones sexuales y reproductivas.
- Reforzar y ampliar las acciones de diversificación de métodos anticonceptivos modernos, facilitando su acceso a la población rural.
- Extender la cobertura de los servicios de planificación familiar en las comunidades indígenas, de acuerdo con sus percepciones y preferencias.
- Mantener un proceso de información que garantice el correcto uso de los métodos anticonceptivos.

### 2.2.2.3 ESTRATEGIAS GENERALES.

Las estrategias generales que permitirán el cumplimiento de los objetivos del Programa de Salud Reproductiva y Planificación familiar 1995-2000 serán promovidas de manera concertada entre las instituciones públicas y las organizaciones no gubernamentales que conforman el Grupo Interinstitucional, así como con el sector privado.

*Descentralización de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar:* En la ruta hacia un nuevo federalismo que México se ha planteado como objetivo esencial de su desarrollo, se instrumentará la descentralización de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar con particular atención a la población abierta. Esta nueva visión permitirá una mejor relación entre las autoridades federales y estatales, de tal manera que las entidades federativas cuenten con un margen de acción más amplio y una autodeterminación que les permitirá cumplir con los objetivos fundamentales del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.

*Ampliación de la cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios:* Con congruencia en la descentralización y como un elemento primordial de equidad y justicia social, la información y los servicios de planificación familiar y salud perinatal deberán alcanzar a los/las mexicanos(as) que hasta ahora han tenido nulo o muy limitado acceso a servicios de salud. La estrategia se basa en la adopción del Paquete Básico de Servicios de Salud que se define como un conjunto mínimo e irreductible de intervenciones de salud para esa población en respuesta a sus necesidades prioritarias.

El nuevo Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta responde a la necesidad de privilegiar los servicios a la población más vulnerable, por lo que a través del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar se ampliará y fortalecerá la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) en áreas rurales (comunidades de 500 a 2500 habitantes) y se contribuirá al desarrollo y operación del Programa de Ampliación

de Cobertura (PAC) para el área rural dispersa (comunidades con menos de 500 habitantes). La calidad de la información y prestación de servicios de salud reproductiva en las áreas rurales, urbano-marginadas y urbanas se logrará mediante un proceso adecuado de logística de insumos, capacitación permanente, comunicación interpersonal y seguimiento de los/las usuarios(as), así como del reforzamiento de las acciones de investigación operativa. Respecto a los derechos sexuales y reproductivos será el eje conductor de todas las acciones.

Para contribuir a mejorar la calidad de los servicios de salud se establecerán estrategias específicas para favorecer la comunicación interpersonal entre prestadores(as) de servicios y población usuaria, a fin de incrementar la competencia técnica del personal médico y paramédico para garantizar la disponibilidad oportuna de insumos en todos los centros de atención y mejorar la organización y las condiciones de los servicios.

*Información, Educación y Comunicación (IEC):* La nueva visión de la Salud Reproductiva y Planificación Familiar incorpora una serie de condiciones y compromisos entre los cuales destaca el asegurar el acceso a una información amplia, y a una gama completa de servicios de salud accesibles, asequibles y aceptables.

Este compromiso se convierte en un espacio privilegiado para perfilar la información, difusión, socialización etc., generada por la oferta de información, educación y comunicación y para encaminar todos los esfuerzos hacia un sólo propósito: que los usuarios accedan a los servicios al tiempo que los proveedores los promueven y los atiendan de mejor manera.

Los objetivos particulares de esta estrategia son:

**Información:** Proveer y difundir mensajes y contenidos para que las diferentes audiencias conozcan, comparen, comprendan y utilicen los servicios de Planificación Familiar.

**Educación:** Preparar y evaluar procesos y materiales de enseñanza/aprendizaje para que los diferentes grupos modifiquen su concepción, actitudes y prácticas frente a la Planificación Familiar.

**Comunicación:** Establecer canales de interacción que permitan reforzar la atención y promover el interés hacia los mensajes informativos o educativos.

Para responder a las necesidades de información de los diferentes grupos de población y de los propios proveedores de servicios, se avanza en la diversificación de las técnicas y materiales con una atención sinérgica y que se expresan a través de los medios masivos: radio, televisión, materiales audiovisuales, gráficos, promocionales exteriores, prensa, exposiciones etc., y con particular interés a través de la comunicación interpersonal.

#### **2.2.2.4 LINEAS DE ACCION.**

- De acuerdo con el artículo 17 de la Ley General de Población vigente, la información, educación y los servicios de planificación familiar, incluidos los insumos anticonceptivos, serán gratuitos en todas las instituciones, dependencias y organismos del Sector Público.
- La información y prestación de servicios en planificación familiar deberá realizarse con apego a la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, por lo que deberá difundirse ampliamente su contenido y vigilar su aplicación en los sectores público, social y privado.

**Diversificar y fortalecer las estrategias de información y comunicación educativa y social que promuevan una cultura demográfica y la adopción de actitudes y prácticas de planificación familiar, favoreciendo la postergación del primer nacimiento, el espaciamiento intergenésico y la terminación temprana de la reproducción. Asimismo, se promoverá el concepto de derechos sexuales y reproductivos.**

- **Ampliar la gama de métodos anticonceptivos efectivos y seguros para garantizar la satisfacción de las necesidades, percepción y preferencias de la población usuaria.**
- **Promover la prestación de servicios de planificación familiar con un enfoque de riesgo y dentro del marco integral de la salud reproductiva.**
- **Reforzar el consentimiento informado con las actividades de consejería e información sobre los diversos métodos anticonceptivos, con el fin de propiciar decisiones libres, responsables y bien informadas.**
- **Fortalecer las acciones para atender las demandas y necesidades no satisfechas de métodos anticonceptivos a través de la coordinación interinstitucional y del mejoramiento del acceso a información y servicios.**
- **Desarrollar mecanismos para identificar y abatir las diferencias en los niveles de uso de métodos anticonceptivos entre las distintas zonas geográficas y grupos sociales de la población.**
- **Promover la corresponsabilidad del varón en la toma de decisiones reproductivas e incorporarlo activamente al conocimiento y práctica de la anticoncepción masculina.**

- **Aumentar el número de centros con servicios de vasectomía sin bisturí en todas las instituciones del Sector Público, a través de la capacitación tutorial y descentralizada en la realización del procedimiento.**
- **Proporcionar orientación-consejería y servicios de planificación familiar posevento obstétrico (posparto, poscesarea y posaborto) y con consentimiento informado en todas las unidades médicas del primer y segundo niveles de atención que brinden estos servicios.**
- **Incrementar la capacidad de oferta de servicios en el primer nivel a través de la ampliación y adecuación de horarios, módulos de atención médico-quirúrgicos, unidades móviles y jornadas de planificación familiar.**
- **Diseñar e implementar estrategias de información, comunicación y servicios específicos adecuados a las demandas, percepciones y prioridades de la población rural dispersa, comunidades indígenas y áreas urbano-marginadas con respeto a la diversidad cultural y étnica, ampliando la oferta de métodos anticonceptivos modernos.**
- **Elaborar guías simplificadas de diagnóstico y capacitar al personal prestador de servicios para la atención y referencia de casos de infertilidad en el contexto integral de la salud reproductiva, con énfasis en el primer nivel de la atención.**

### **2.2.2.5 SEGUIMIENTO, EVALUACION E INVESTIGACION.**

#### ***Seguimiento y evaluación:***

Una de las principales actividades de apoyo para lograr los objetivos del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar es el establecimiento de criterios para la evaluación y seguimiento del mismo, con el fin de generar la información suficiente que permita formular acciones que contribuyan a la corrección oportuna de desviaciones y al logro de mejores resultados.

La evaluación del programa debe responder a las necesidades reales de información para apoyar la oportuna toma de decisiones, por lo que no sólo se debe enfocar a comparar los objetivos con los resultados, sino también describir y analizar la forma en que fueron alcanzados dichos objetivos, lo cual individualmente requiere de la incorporación de técnicas e indicadores de tipo cuantitativo y cualitativo

*Encuestas de representatividad nacional, regional o estatal:* Para analizar y valorar el impacto de las acciones de salud reproductiva en términos demográficos y de salud, así como en la calidad de los servicios y su interrelación con otro tipo de factores, se realizarán encuestas periódicas con representatividad nacional, estatal o regional. Este tipo de estudios permitirá identificar la participación del sector privado, la calidad de los servicios, así como la perspectiva de género de los prestadores de servicios y la cobertura real de cada institución por lo que en el seno del Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva se definirá la periodicidad y representatividad de las encuestas, con base en las necesidades de información y en los compromisos establecidos. De manera particular, será necesario evaluar el impacto del programa a la mitad de la presente administración para ponderar las metas intermedias.

**Investigación:**

La adecuada utilización de los recursos y la óptima aplicación de éstos en acciones encaminadas a promover la salud requieren de un sólido soporte teórico; en otras palabras, la planeación y programación de actividades deben estar fundamentadas en un conocimiento, previamente generado por estudios e investigaciones, de la dinámica, distribución y necesidades de la población a quien van dirigidas dichas acciones.

Así, la investigación en Planificación Familiar cuenta con un campo cuya amplitud puede ir desde la generación de nueva tecnología anticonceptiva, hasta el análisis de ciertos fenómenos poblacionales, pasando por el estudio de factores de riesgo y de las percepciones socioculturales observadas en diferentes regiones de nuestro país y por diferentes grupos sociales, todo lo cual influye o condiciona el comportamiento reproductivo.

La contribución que la investigación en salud reproductiva aporta a la respuesta con la que el Sistema Nacional de Salud cubre las necesidades y demandas mencionadas, se da a través de las siguientes líneas generales de investigación:

- Necesidades en Planificación Familiar, lo cual se refiere a la búsqueda e identificación de demandas de la población, grupos de alto riesgo y poblaciones particularmente desprotegidas
- Impactos globales del Programa Interinstitucional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. En esta línea se trabaja en la estimulación de los cambios que se originan al interior de la población a la que se dirigen los programas de salud reproductiva y que pueden ser atribuidos a dichos programas.
- Calidad y efectividad de los programas. Se logrará con tareas encaminadas a contribuir en la mejora continua en la calidad y calidez de los servicios de Planificación Familiar desde la perspectiva de género.

- Factores determinantes del comportamiento y la salud reproductiva. Esta línea de trabajo pretende identificar patrones o percepciones estructurales, programáticos y socioculturales que condicionan el comportamiento reproductivo de la población y su vinculación con el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000.
- Investigación biomédica, clínica y epidemiológica, que permita promover el desarrollo de nuevas opciones anticonceptivas tanto para el hombre como para la mujer, así como fortalecer los programas y estrategias en salud reproductiva, entre otras actividades.

### **2.2.3 COBERTURA DE LA ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.**

“La cobertura de la atención en el Programa de Planificación Familiar y utilización de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil para 1995 se encuentra de la siguiente manera:

En el Estado de Michoacán para el año de 1992 se tenía una cobertura del 55.8 %, y para el año de 1995 se logró elevar a un 58.1 %. Pero para dicho estado se estableció una meta para el año 2000 del 63.5 %<sup>20</sup>

En el Estado de Michoacán la cobertura de mujeres en edad fértil para el años 2000, está considerada en 66.7 % de estas, por el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000.

<sup>20</sup> Datos obtenidos del *Análisis de la Situación del Programa de Planificación Familiar*, SSA, DGSR, CONAPO, México, Octubre 1996.

## **CAPITULO III RECOLECCION, PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.**

### **3.1 RECOLECCION DE DATOS.**

La recolección de los datos se hizo a través de la entrevista aplicando los cuestionarios y el procesamiento de los datos se llevó a través de la clasificación de los datos obtenidos en la presente investigación. Se ubicaron los datos de cada caso en la categoría correspondiente dentro de una escala construida para cada una de las variables investigadas.

El cómputo de los datos se realizó a través de una tarjeta matriz en donde se vaciaron los datos de cada uno de los 304 cuestionarios aplicados. Después de la tarjeta matriz se concentraron los datos primero por comunidad, después por municipio y finalmente una tarjeta de concentración general (Ver Apéndice No. 3)

### **3.2 PRESENTACION DE RESULTADOS.**

Ya elaborada la tarjeta de concentración de datos, la presentación de los resultados es a través de la información tabulada en cuadros, en los que se concentraron los datos numéricos en forma ordenada, y posteriormente se elaboraron gráficas para cada uno de los cuadros, las cuales incluyen: columnas, columnas en 3D, líneas, líneas en 3D, barras, barras en 3D, circular, circular en 3D, arreas, arreas en 3D, anillos, conos, conos 3D, pirámides y pirámides 3D.

## CUADRO No. 1

ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL PERTENECIENTES AL MÓDULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA No. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACÁN.

1997

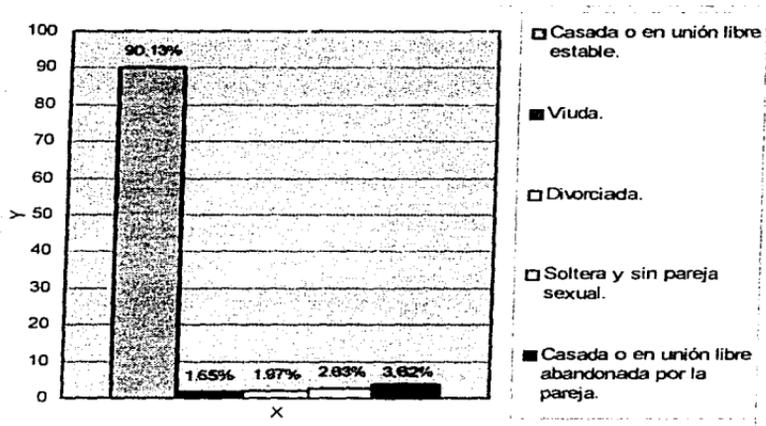
O P C I O N E S	F	%
Casada o en unión libre estable.	274	90.13
Viuda.	5	1.65
Divorciada.	6	1.97
Soltera y sin pareja sexual.	8	2.63
Casada o en unión libre abandonada por la pareja.	11	3.62
T O T A L	304	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados para la investigación "Influencia de la Emigración en la Atención de Enfermería Dentro del Programa de Planificación Familiar en el Módulo de Ixtlán de los Hervores de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 Zamora en el Estado de Michoacán"

### GRAFICA No. 1

ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL PERTENECIENTES AL MÓDULO DE IXTLÁN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA No. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACÁN.

1997



FUENTE: Cuestionarios aplicados para la investigación "Influencia de la Emigración en la Atención de Enfermería Dentro del Programa de Planificación Familiar en el Módulo de Ixtlán de los Hervores de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 Zamora, en el Estado de Michoacán"

Esta gráfica nos muestra que el estado civil que más predominó en las mujeres en edad fértil del módulo de Ixtlán de los Hervores es el ser casada o en unión libre.

**CUADRO No. 2**

**ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL  
MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA  
NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.**

1997

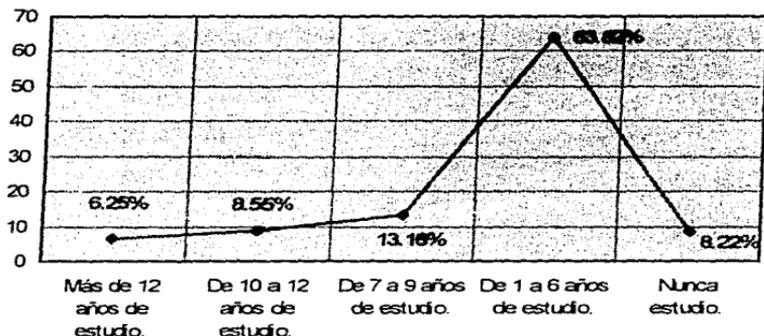
<b>O P C I O N E S</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Más de 12 años de estudio.	19	6.25
De 10 a 12 años de estudio.	26	8.55
De 7 a 9 años de estudio.	40	13.16
De 1 a 6 años de estudio.	194	63.82
Nunca estudio.	25	8.22
<b>T O T A L</b>	<b>304</b>	<b>100</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

### GRAFICA No. 2

ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL PERTENECIENTES AL MÓDULO DE IXTLÁN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACÁN

1997



FUENTE: Misma de la grafica No. 1

Se contempla que la escolaridad que sobresale en las mujeres en edad fértil del módulo de Ixtlán de los Hervores es de uno a seis años.

## CUADRO No. 3

OCUPACION DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL  
 MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA  
 NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

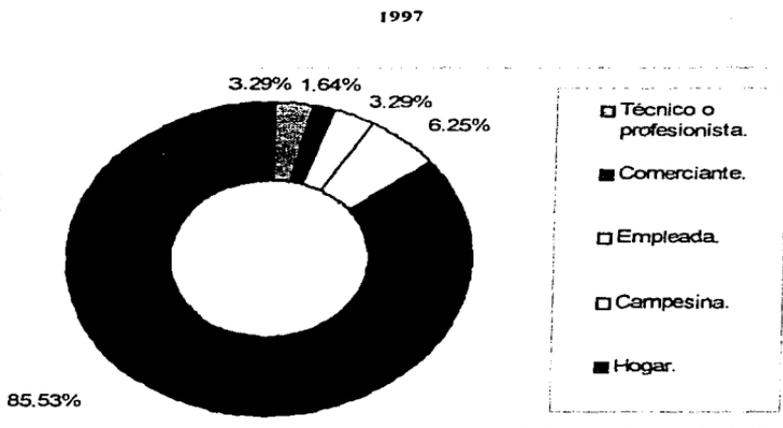
1997

O P C I O N E S	F	%
Técnico o profesionista.	10	3.29
Comerciante.	5	1.64
Empleada.	10	3.29
Campesina.	19	6.25
Hogar.	260	85.53
T O T A L	304	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 3

OCUPACION DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL PERTENECIENTES AL MÓDULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.



FUENTE: Misma de la grafica No. 1

En esta gráfica podemos ver que con respecto a la ocupación de las mujeres en edad fértil predominó en su mayoría el dedicarse al hogar.

**CUADRO No. 4**

**OCUPACION DE LAS PAREJAS DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL  
PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA  
JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.**

**1997**

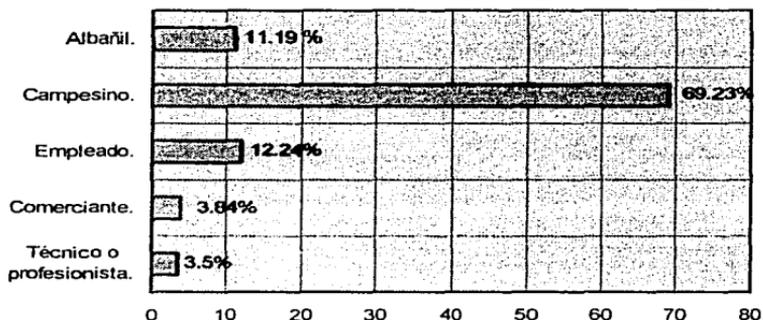
<b>O P C I O N E S</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Técnico o profesionalista.	10	3.5
Comerciante.	11	3.84
Empleado.	35	12.24
Campesino.	198	69.23
Albañil.	32	11.19
<b>T O T A L</b>	<b>286</b>	<b>100</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 4**

**OCUPACION DE LAS PAREJAS DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.**

1997



FUENTE: Misma de la grafica No. 1

Se observa que la ocupación de las parejas de las entrevistadas en su mayor parte fue el de campesinos con un 69.23 % y la minoría los que son técnicos o profesionistas con un 3.5 %.

## CUADRO No. 5

INGRESO ECONOMICO FAMILIAR DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES. DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA. EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997

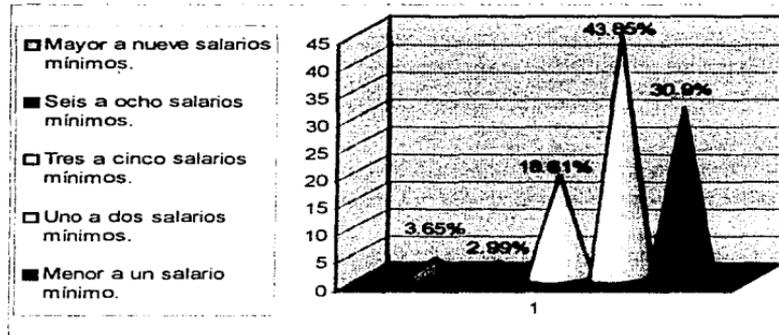
O P C I O N E S	F	%
Muy alto, mayor a nueve salarios minimos.	11	3.65
Alto, de seis a ocho salarios minimos.	9	2.99
Medio, de tres a cinco salarios minimos.	56	18.61
Bajo, de uno a dos salarios minimos.	132	43.85
Muy bajo, menor de un salario minimo.	93	30.9
T O T A L	301	100

FUENTE: Mima del cuadro No. 1

### GRAFICA No. 5

INGRESO ECONOMICO FAMILIAR DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997



FUENTE: Misma de la gráfica No. 1

En esta gráfica se contempla que predominó el ingreso económico bajo con un 43.85 %, contrastando con quienes tienen un ingreso económico alto, los cuales ocupan solo el 2.99 %.

**CUADRO No. 6**

**EDAD DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.**

1997

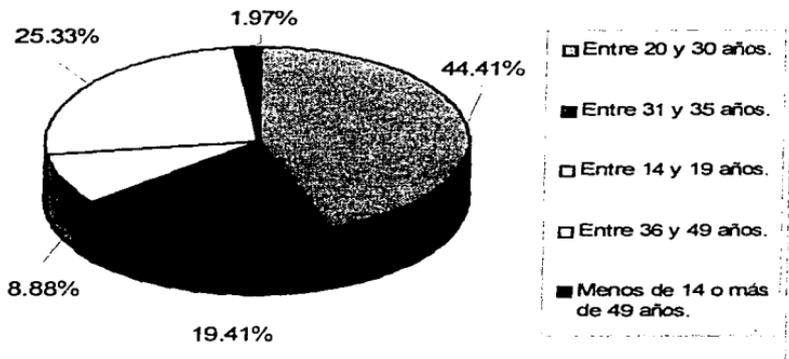
<b>O P C I O N E S</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Entre 20 y 30 años.	135	44.41
Entre 31 y 35 años.	59	19.41
Entre 14 y 19 años.	27	8.88
Entre 36 y 49 años.	77	25.33
Menos de 14 o más de 49 años.	6	1.97
<b>T O T A L</b>	<b>304</b>	<b>100</b>

FUENTE: Moma del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 6**

**EDAD DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL PERTENECIENTES AL MÓDULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACÁN.**

1997



FUENTE: Misma de la gráfica No. 1

Esta gráfica nos muestra que la mayoría de las mujeres en edad fértil se encuentran entre los 20 y 30 años y la minoría tiene menos de 14 o más de 49 años.

## CUADRO No. 7

EDAD DE LAS PAREJAS DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES. DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997

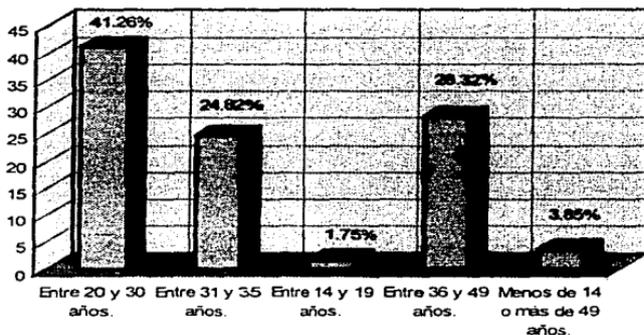
O P C I O N E S	F	%
Entre 20 y 30 años.	118	41.26
Entre 31 y 35 años.	71	24.82
Entre 14 y 19 años.	5	1.75
Entre 36 y 49 años.	81	28.32
Menos de 14 o más de 49 años.	11	3.85
T O T A L	286	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

### GRAFICA No. 7

EDAD DE LAS PAREJAS DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997



FUENTE: Misma de la grafica No. 1

Se observa que el mayor porcentaje de las mujeres en edad de las parejas de las entrevistadas se encuentra en los que tienen entre 20 y 30 años al igual que las mujeres.

**CUADRO No. 8**

**EDAD DE INICIO DE LA VIDA SEXUAL DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL  
PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES. DE LA  
JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.**

**1997**

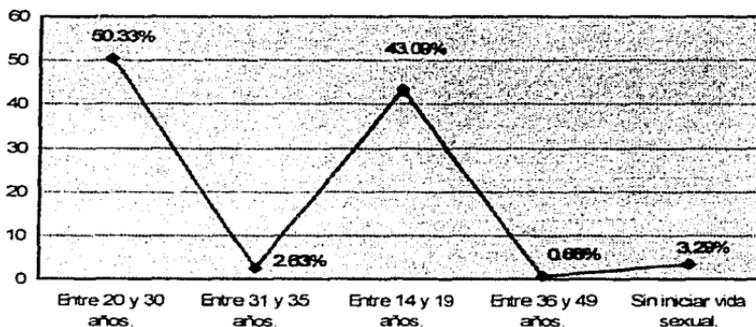
<b>O P C I O N E S</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Entre 20 y 30 años.	153	50.33
Entre 31 y 35 años.	8	2.63
Entre 14 y 19 años.	131	43.09
Entre 36 y 49 años.	2	0.66
Aun no inicio mi vida sexual.	10	3.29
<b>T O T A L</b>	<b>304</b>	<b>100</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 8**

**EDAD DE INICIO DE LA VIDA SEXUAL DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL PERTENECIENTES AL MÓDULO DE IXTLÁN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACÁN.**

1997



FUENTE: Misma de la grafica No. 1

La mayoría de las mujeres en edad fértil del módulo de Ixtlán de los Hervores inician su vida sexual entre los 20 y 30 años y entre los 14 y 19 años.

**CUADRO No. 9**

**EMBARAZOS DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL  
MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES. DE LA JURISDICCION SANITARIA  
NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.**

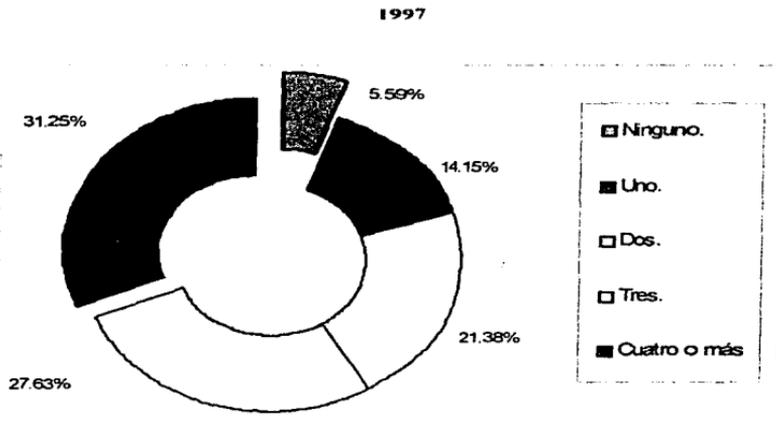
1997

<b>O P C I O N E S</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Ninguno.	17	5.59
Uno.	43	14.15
Dos.	65	21.38
Tres.	84	27.63
Cuatro o más.	95	31.25
<b>T O T A L</b>	<b>304</b>	<b>100</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

### GRAFICA No. 9

**EMBARAZOS DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.**



FUENTE: Misma de la grafica No. 1

En esta gráfica se observa que el porcentaje mayor, de 31.25 %, con respecto al número de embarazos, lo ocupan aquellas que tienen cuatro o más, mientras que solo el 5.59 % aquellas que nunca se han embarazado.

**CUADRO No. 10**

PLANIFICACION FAMILIAR POR LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997

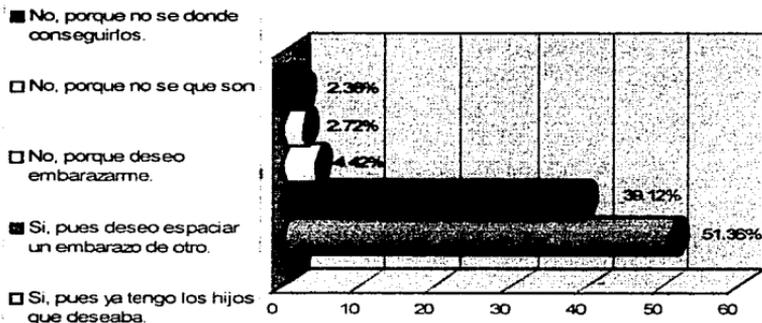
O P C I O N E S	F	%
Si, debido a que ya tengo todos los hijos que deseaba.	151	51.36
Si, debido a que deseo espaciar el tiempo entre un embarazo y otro.	115	39.12
No, porque deseo embarazarme.	13	4.42
No, porque no sé que son.	8	2.72
No, porque no sé dónde conseguirlos.	7	2.38
T O T A L	294	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

### GRAFICA No. 10

PLANIFICACION FAMILIAR POR LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997



FUENTE: Misma de la grafica No. 1

La mayoría de las mujeres en edad fértil del módulo de Ixtlán de los Hervores planifican la familia gracias a que tienen todos los hijos que deseaban o que desean espaciar el tiempo entre un embarazo y otro

## CUADRO No. II

INICIO DE LA PLANIFICACION FAMILIAR POR LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES. DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN

1997

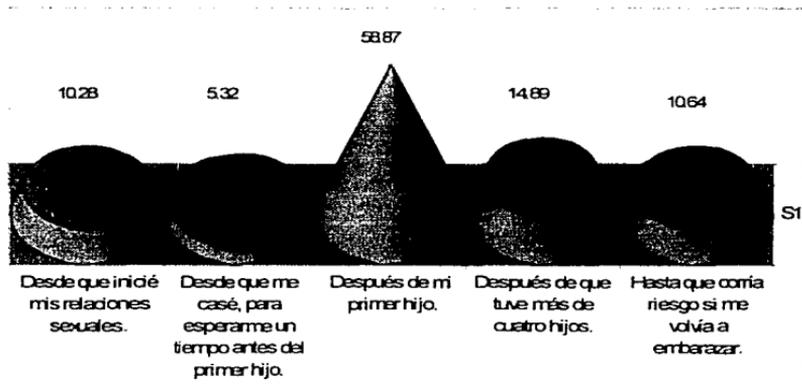
O P C I O N E S	F	%
Desde que inicie mis relaciones sexuales.	29	10.28
Desde que me casé, para esperarme un tiempo antes de tener mi primer hijo.	15	5.32
Después de mi primer hijo.	166	58.87
Después de que tuve más de cuatro hijos.	42	14.89
Hasta que me dijeron que corría riesgo si me volvía a embarazar.	30	10.64
T O T A L	282	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

### GRAFICA No. 11

INICIO DE LA PLANIFICACION FAMILIAR POR LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN

1997



FUENTE: Misma de la gráfica No. 1

En esta gráfica se puede ver que la mayoría de las mujeres del módulo de Ixtlán de los Hervores comienzan a planificar la familia después del primer hijo.

**CUADRO No. 12**

**METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR UTILIZADO POR LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES. DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA. EN EL ESTADO DE MICHOACAN.**

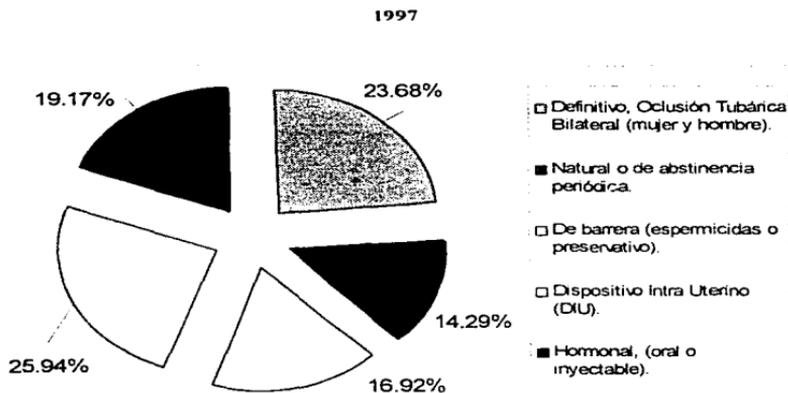
1997

<b>O P C I O N E S</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Definitivo, Oclusión Tubárica Bilateral (salpingoclasia en la mujer, y vasectomía en el hombre).	63	23.68
Natural o de abstinencia periódica.	38	14.29
De barrera, ya sean espermicidas o preservativo (condón).	45	16.92
Dispositivo Intra Uterino (DIU).	69	25.94
Hormonal, ya sea oral o inyectable.	51	19.17
<b>T O T A L</b>	<b>266</b>	<b>100</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

### GRAFICA No. 12

**METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR UTILIZADO POR LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.**



FUENTE: Misma de la grafica No. 1

Esta gráfica respecto a los métodos anticonceptivos utilizados nos muestra que en el porcentaje mayor de 25.94% lo ocupa el D.I.U. y el mínimo de 14.29% los naturales o de abstinencia.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA** <sup>79</sup>

**CUADRO No. 13**

**CRITERIOS POR LOS QUE SELECCIONAN LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES. DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA. EN EL ESTADO DE MICHOACAN.**

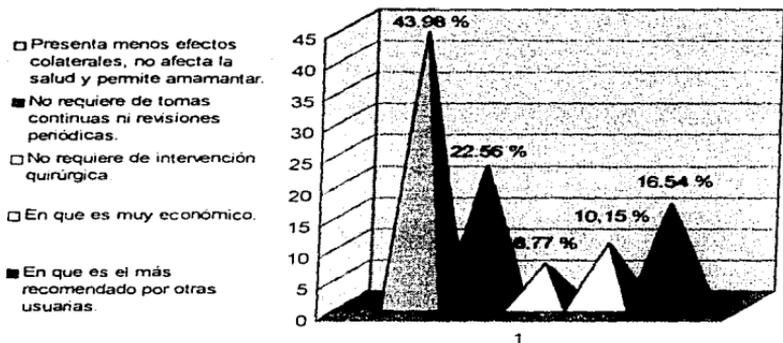
1997

<b>O P C I O N E S</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
En que presenta menos efectos colaterales, no afecta mi salud y me permite amamantar.	117	43.98
En que no requiere de tomas continuas ni revisiones periódicas.	60	22.56
No requiere de intervención quirúrgica.	18	6.77
En que es muy económico.	27	10.15
En que es el más recomendado por otras usuarias.	44	16.54
<b>T O T A L</b>	<b>266</b>	<b>100</b>

### GRAFICA No. 13

CRITERIOS POR LOS QUE SELECCIONAN LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN

1997



FUENTE: Misma de la grafica No. 1

Esta gráfica nos muestra que para seleccionar los métodos anticonceptivos se basan principalmente en que presenten menos efectos colaterales, no afecten la salud y que permitan amamantar.

**CUADRO No. 14**

**LUGAR DONDE ADQUIEREN LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR  
LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN  
DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN  
EL ESTADO DE MICHOACAN**

1997

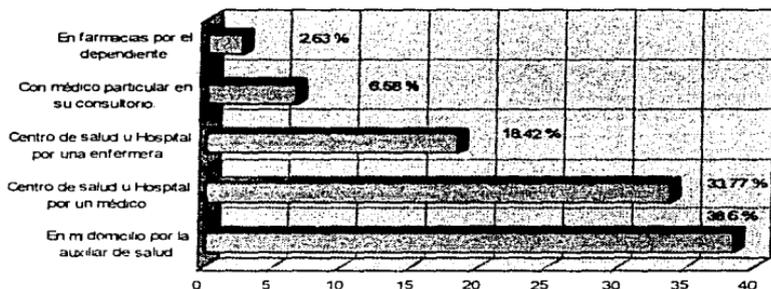
<b>O P C I O N E S</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
En mi propio domicilio por la auxiliar de salud.	88	38.6
Centro de salud u Hospital por un médico.	77	33.77
Centro de salud u Hospital por una enfermera.	42	18.42
Médico particular en su consultorio.	15	6.58
En farmacias de la localidad por el dependiente.	6	2.63
<b>T O T A L</b>	<b>228</b>	<b>100</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

### GRAFICA No. 14

LUGAR DONDE ADQUIEREN LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997



FUENTE: Misma de la grafica No. 1

Esta gráfica muestra que los métodos anticonceptivos se adquieren principalmente con las auxiliares de salud en un porcentaje de 43.98 %.

**CUADRO No. 15**

**PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD QUE PROPORCIONAN ORIENTACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA A LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.**

1997

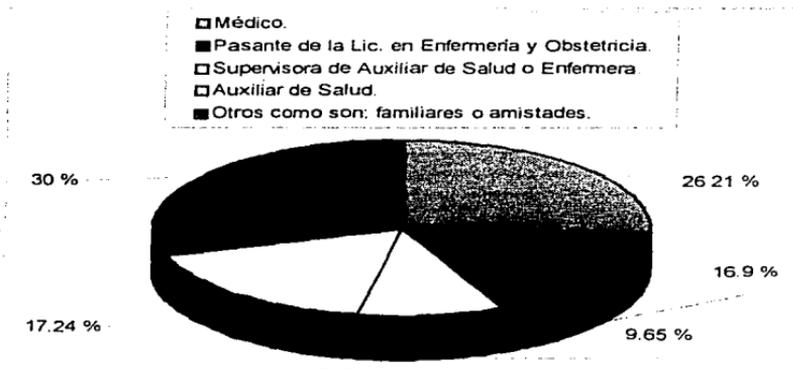
O P C I O N E S	F	%
Médico.	76	26.21
Pasante de la Lic. en Enfermería y Obstetricia.	49	16.9
Supervisora de Auxiliar de Salud o Enfermera.	28	9.65
Auxiliar de Salud.	50	17.24
Otros como son: familiares o amistades.	87	30
<b>T O T A L</b>	<b>290</b>	<b>100</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 15**

**PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD QUE PROPORCIONAN ORIENTACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA A LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.**

**1997**



FUENTE: Misma de la grafica No. 1

Esta gráfica nos muestra que con respecto a quien orienta a las mujeres sobre planificación familiar y que se decidan por un método anticonceptivo se observa que predominan los familiares o amistades con 30 %.

## CUADRO No. 16

QUE ABARCA LA ORIENTACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA A LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN

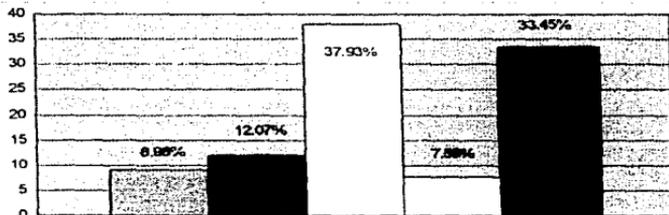
1997

O P C I O N E S	F	%
Sexualidad y reproducción humana desde el punto de vista biológico, psicológico y social, riesgo reproductivo en las diferentes etapas de la vida Información sobre los métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres Información sobre la presentación, efectividad, efectos colaterales e instrucciones de uso de los métodos anticonceptivos Información y orientación sobre infertilidad y esterilidad	26	8.96
Sexualidad y reproducción humana desde el punto de vista biológico, psicológico y social, riesgo reproductivo en las diferentes etapas de la vida Información sobre los métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres	35	12.07
Información sobre los métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres Información sobre la presentación, efectividad, efectos colaterales e instrucciones de uso de los métodos anticonceptivos	110	37.93
Sexualidad y reproducción humana desde el punto de vista biológico, psicológico y social, e información y orientación sobre infertilidad y esterilidad	22	7.59
Nada de lo anterior	97	33.45
T O T A L	290	100

GRAFICA No. 16

QUE ABARCA LA ORIENTACION SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR Y METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA A LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997



- Sexualidad y reproducción desde el punto de vista bio-psico-social. Riesgo reproductivo. Métodos anticonceptivos para hombres y mujeres (presentación, efectividad, efectos colaterales e instrucciones de uso). Infertilidad y esterilidad.
- Sexualidad y reproducción desde el punto de vista bio-psico-social. Riesgo reproductivo. Métodos anticonceptivos para hombres y mujeres.
- Métodos anticonceptivos para hombres y mujeres (presentación, efectividad, efectos colaterales e instrucciones de uso).
- Sexualidad y reproducción desde el punto de vista bio-psico-social. Infertilidad y esterilidad.
- Nada de lo anterior.

FUENTE: Misma de la grafica No. 1

La presente grafica nos muestra que la orientación sobre Planificación Familiar y metodología anticonceptiva abarca en su mayor porcentaje, información sobre métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres, su presentación, efectividad, efectos colaterales e instrucciones de uso

**CUADRO No. 17**

**CITOLOGIA VAGINAL REALIZADA A LAS MUJERES EN EDAD FERTIL  
PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA  
JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.**

1997

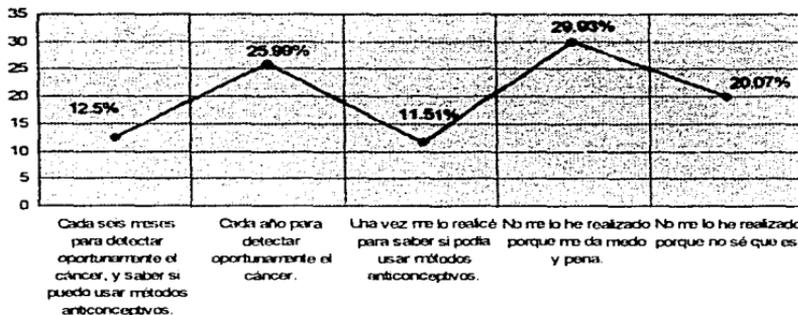
O P C I O N E S	F	%
Si, cada seis meses para detectar oportunamente el cáncer, y saber si puedo usar métodos anticonceptivos.	38	12.5
Si, cada año para detectar oportunamente el cáncer.	79	25.99
Una sola vez me lo realicé para saber si podía usar métodos anticonceptivos.	35	11.51
No me lo he realizado porque me da miedo y pena.	91	29.93
No me lo he realizado porque no sé que es.	61	20.07
<b>T O T A L</b>	<b>304</b>	<b>100</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

## GRAFICA No. 17

CITOLOGIA VAGINAL REALIZADA A LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997



FUENTE: Misma de la grafica No. 1

Esta grafica nos muestra la actitud de la mayoría de las mujeres con respecto a la citología vaginal y que el mayor porcentaje que es de 29.93 % lo ocupan aquellas las cuales no se lo realizan por miedo y pena.

## CUADRO No. 18

DECISION POR EMBARAZARSE DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL  
PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA  
JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997

O P C I O N E S	F	%
Decidió embarazarse.	153	53.31
No utilizaba método para planificar la familia.	71	24.74
Cambio de método para planificar la familia.	7	2.44
Le falló el método de planificación familiar.	35	12.19
No sabía que podía suceder al tener relaciones sexuales.	21	7.32
T O T A L	287	100

FUENTE: Mismo del cuadro No. 1

### GRAFICA No. 18

DECISION POR EMBARAZARSE DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997

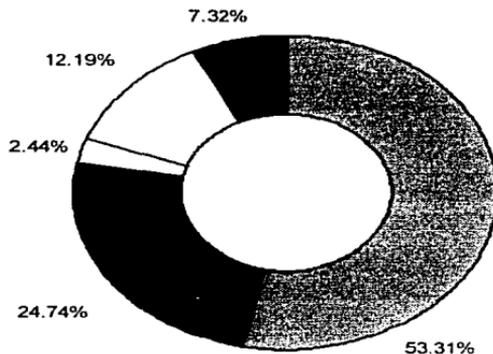
Decidió embarazarse.

No utilizaba método anticonceptivos.

Cambio de método anticonceptivo.

Le falló el método anticonceptivo.

No sabía que podía suceder al tener relaciones sexuales.



FUENTE: Misma de la grafica No. 1

Con la presente gráfica se observa que la mayoría de las mujeres pertenecientes al módulo de Ixtlán se embarazan porque deciden embarazarse y una muy minima parte porque les fallan los métodos anticonceptivos.

## CUADRO No. 19

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE UN EMBARAZO Y OTRO DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997

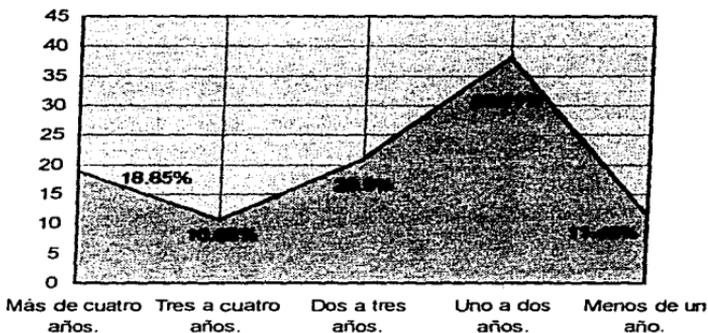
O P C I O N E S	F	%
Más de cuatro años.	46	18.85
Tres a cuatro años.	26	10.66
Dos a tres años.	51	20.9
Uno a dos años.	93	38.11
Menos de un año.	28	11.48
T O T A L	244	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 19**

**TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE UN EMBARAZO Y OTRO DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.**

**1997**



FUENTE: Misma de la grafica No. 1

Esta gráfica nos muestra que la mayoría de las mujeres, un 38.11 % tarda entre uno y dos años entre un embarazo y otro.

**CUADRO N.º. 20**

**ABORTOS DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL  
MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA  
NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.**

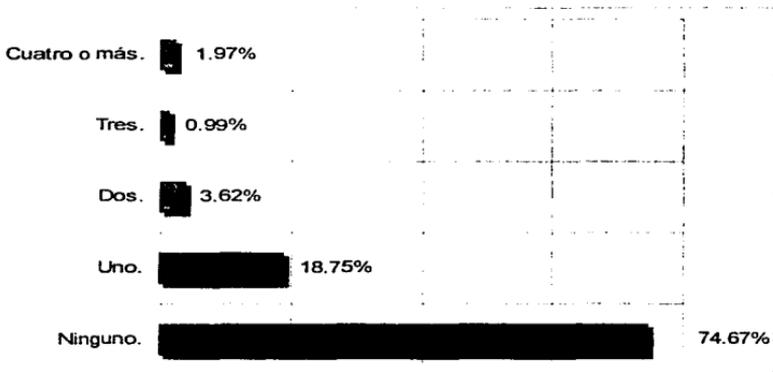
1997

O P C I O N E S	F	%
Ninguno.	227	74.67
Uno.	57	18.75
Dos.	11	3.62
Tres.	3	0.99
Cuatro o más.	6	1.97
<b>T O T A L</b>	<b>304</b>	<b>100</b>

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 20**

**ABORTOS DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL  
MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA  
NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN**

**1997**

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1

Esta gráfica nos muestra que afortunadamente un gran porcentaje de las mujeres pertenecientes al módulo de Ixtlán no han tenido abortos y que un mínimo porcentaje a tenido tres o más abortos.

**CUADRO No. 21**

**EMIGRACION DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.**

1997

<b>O P C I O N E S</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Nunca he tenido necesidad de emigrar.	157	51.65
Solo para visitar a familiares.	50	16.45
Unicamente para consulta médica o atención de parto.	27	8.88
Por temporadas cuando no encuentro trabajo en la comunidad, en busca de alguna oportunidad económica.	45	14.8
Por largas temporadas para trabajar mientras reúno dinero.	25	8.22
<b>T O T A L</b>	<b>304</b>	<b>100</b>

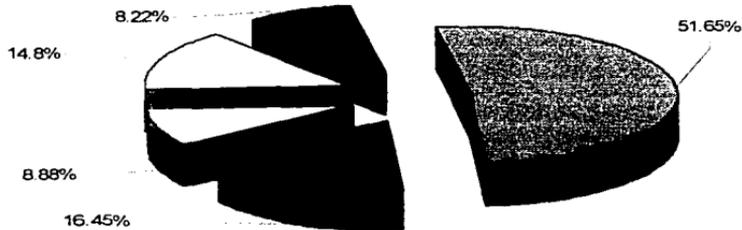
FUENTE: Misma del cuadro No. 1

### GRAFICA No. 21

EMIGRACION DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997

- Nunca he tenido necesidad de emigrar.
- Solo para visitar a familiares.
- Unicamente para consulta médica o atención de parto.
- Por temporadas cuando no encuentro trabajo, en busca de alguna oportunidad.
- Por largas temporadas para trabajar mientras reúno dinero.



FUENTE: Misma de la gráfica No. 1

Con respecto a la emigración de las mujeres pertenecientes al módulo de Ixtlán de los Hervores vemos que un gran porcentaje de 51.65 % nunca ha tenido necesidad de hacerlo y que solo el 8.22 % lo ha hecho por largas temporadas mientras reúne dinero.

**CUADRO No. 22**

TIEMPO QUE DURA LA EMIGRACION DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL  
PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES. DE LA  
JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997

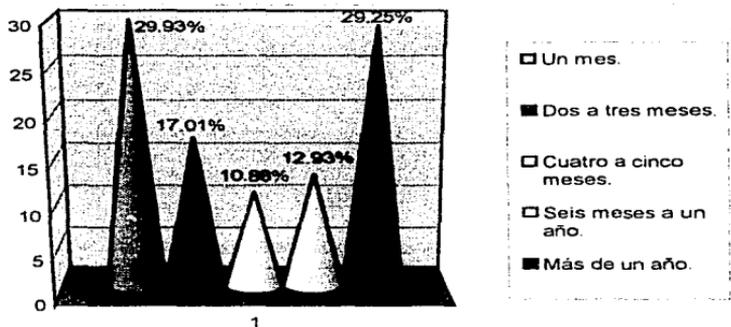
O P C I O N E S	F	%
Un mes.	44	29.93
Dos a tres meses.	25	17.01
Cuatro a cinco meses.	16	10.88
Seis meses a un año.	19	12.93
Más de un año.	43	29.25
<b>T O T A L</b>	<b>147</b>	<b>100</b>

FUENTE: Misma del cuadro No 1

### GRAFICA No. 22

TIEMPO QUE DURA LA EMIGRACION DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997



FUENTE: Misma de la grafica No. 1

Esta gráfica muestra que el mayor porcentaje que es de 29.93 % de las mujeres que emigran, lo hacen por un mes y el 10.88 % lo hace de cuatro a cinco meses.

## CUADRO No. 23

LUGAR A DONDE EMIGRAN LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997

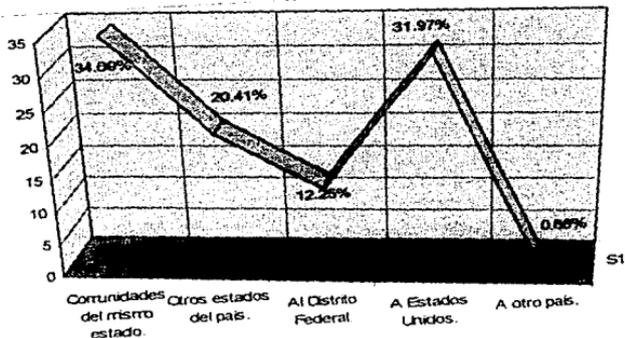
O P C I O N E S	F	%
A comunidades del mismo estado.	51	34.69
A otros estados del país.	30	20.41
Al Distrito Federal.	18	12.25
A Estados Unidos.	47	31.97
A otro país.	1	0.68
T O T A L	147	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

## GRAFICA No. 23

LUGAR A DONDE EMIGRAN LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997



FUENTE: Misma de la gráfica No. 1

Se observa en esta gráfica que el 34.69 % de las mujeres entrevistadas emigran a otras comunidades del mismo estado y que únicamente el 0.68 % lo hace a otro país.

## CUADRO No. 24

MOTIVO POR EL QUE EMIGRAN LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997

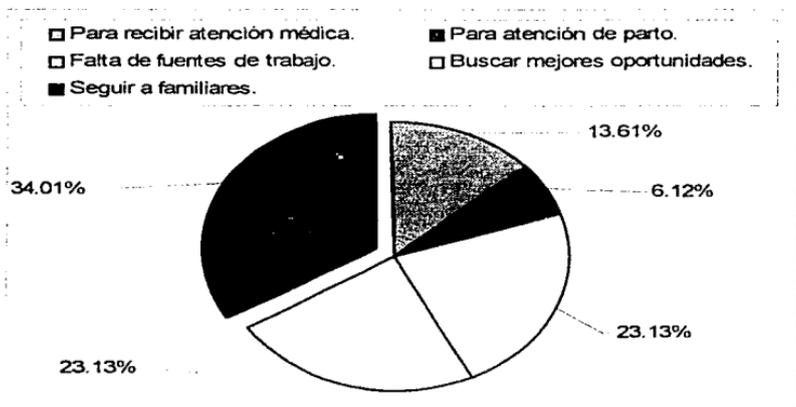
O P C I O N E S	F	%
Para recibir atención médica.	20	13.61
Para atención de parto.	9	6.12
Falta de fuentes de trabajo.	34	23.13
Buscar mejores oportunidades.	34	23.13
Seguir a familiares.	50	34.01
T O T A L	147	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 24**

**MOTIVO POR EL QUE EMIGRAN LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.**

1997



FUENTE: Misma de la gráfica No. 1

En la gráfica se puede ver que la necesidad de emigrar de las mujeres que así lo hacen es por seguir a familiares principalmente.

## CUADRO No. 25

EMIGRACION POR PARTE DE LAS PAREJAS DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997

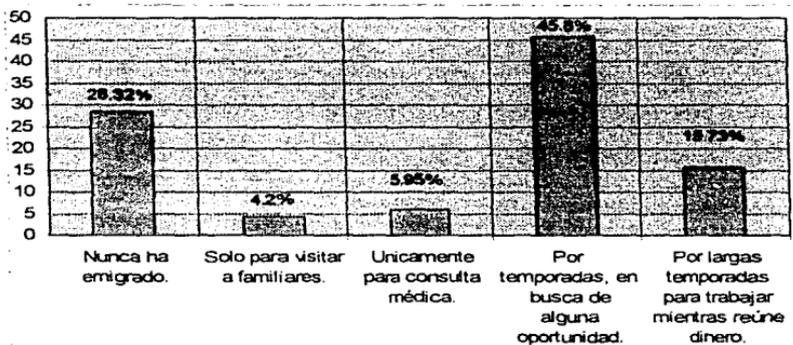
O P C I O N E S	F	%
Nunca ha tenido necesidad de emigrar.	81	28.32
Solo para visitar a familiares.	12	4.2
Unicamente para consulta médica.	17	5.95
Por temporadas cuando no encuentra trabajo en la comunidad, en busca de alguna oportunidad económica.	131	45.8
Por largas temporadas para trabajar mientras reúne dinero.	45	15.73
T O T A L	286	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

## GRAFICA No. 25

EMIGRACION POR PARTE DE LAS PAREJAS DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997



FUENTE: Misma de la gráfica No. 1

Esta gráfica muestra que la mayoría de las parejas de las mujeres pertenecientes al módulo de Ixtlán emigra por temporadas en busca de mejores oportunidades económicas.

## CUADRO No. 26

TIEMPO QUE DURA LA EMIGRACION DE LAS PAREJAS DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997

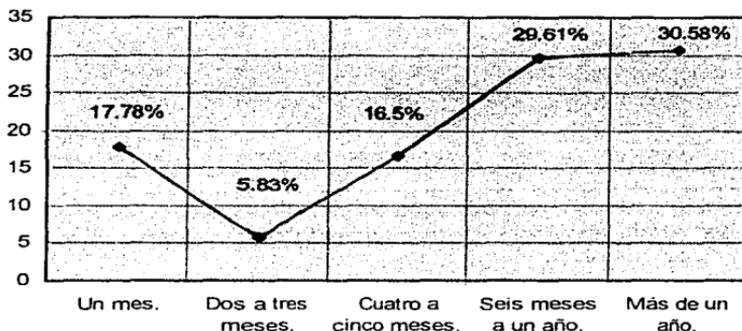
O P C I O N E S	F	%
Un mes.	36	17.78
Dos a tres meses.	12	5.83
Cuatro a cinco meses.	34	16.5
Seis meses a un año.	61	29.61
Más de un año.	63	30.58
T O T A L	206	100

FUENTE: Muestra del cuadro No. 1

GRAFICA No. 26

TIEMPO QUE DURA LA EMIGRACION DE LAS PAREJAS DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997



FUENTE: Misma de la grafica No. 1

La gráfica señala que el 30.58 % de las parejas de las mujeres del módulo de Ixtlán lo hacen por más de un año y solamente el 5.83 % por dos a tres meses.

## CUADRO No. 27

TIEMPO QUE TARDAN EN EMIGRAR LAS PAREJAS DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997

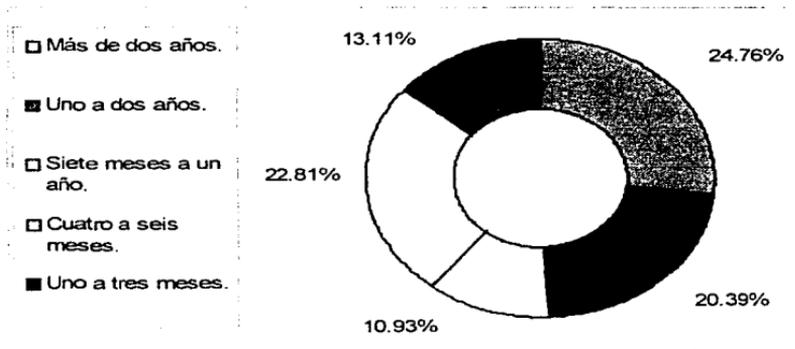
O P C I O N E S	F	%
Cada más de dos años.	51	24.76
Cada uno a dos años.	42	20.39
Cada siete meses a un año.	39	10.93
Cada cuatro a seis meses.	47	22.81
Cada uno a tres meses.	27	13.11
T O T A L	206	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 27**

**TIEMPO QUE TARDAN EN EMIGRAR LAS PAREJAS DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.**

1997



FUENTE: Misma de la gráfica No. 1

Respecto al tiempo en que tardan en emigrar las parejas de las mujeres entrevistadas nos damos cuenta en esta gráfica que el 24.76 % lo hacen cada dos años y un 10.93 % tardan entre siete meses a un año.

## CUADRO No. 28

LUGAR AL QUE EMIGRAN LAS PAREJAS DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HIEVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997

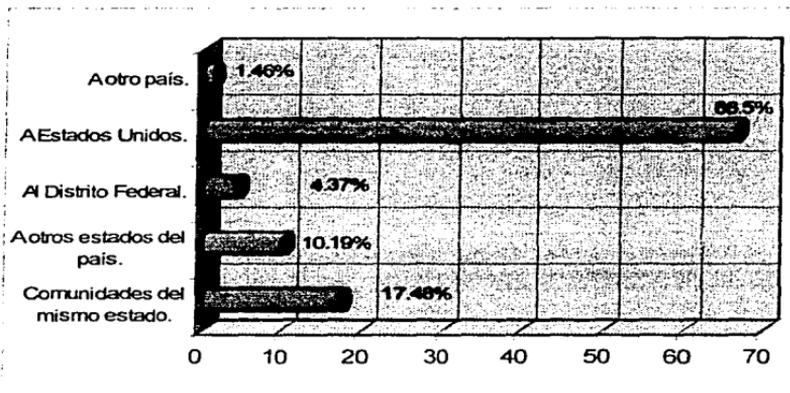
O P C I O N E S	F	%
A comunidades del mismo estado.	36	17.48
A otros estados del país.	21	10.19
Al Distrito Federal.	9	4.37
A Estados Unidos.	137	66.5
A otro país.	3	1.46
T O T A L	206	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 28**

**LUGAR AL QUE EMIGRAN LAS PAREJAS DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.**

**1997**



FUENTE: Misma de la grafica No. 1

Esta gráfica nos muestra que el lugar de mayor predilección para emigrar por las parejas de las mujeres entrevistadas es a Estados Unidos.

## CUADRO No. 29

MOTIVO POR EL QUE EMIGRAN LAS PAREJAS DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997

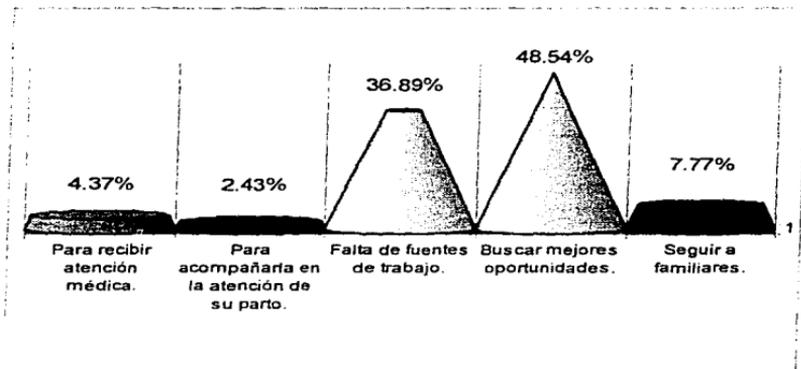
O P C I O N E S	F	%
Para recibir atención médica.	9	4.37
Para acompañarla en la atención de su parto.	5	2.43
Falta de fuentes de trabajo.	76	36.89
Buscar mejores oportunidades.	100	48.54
Seguir a familiares.	16	7.77
T O T A L	206	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 29**

**MOTIVO POR EL QUE EMIGRAN LAS PAREJAS DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.**

**1997**



FUENTE: Misma de la gráfica No. 1

Respecto al porque emigran las parejas de las mujeres pertenecientes al módulo de Ixtlán esta gráfica muestra que lo hacen para buscar mejores oportunidades en un porcentaje de 48.54 % y solamente el 2.43 % para acompañarlas en la atención de su parto.

**CUADRO No. 30**

**MUJERES EN EDAD FERTIL QUE EMIGRAN JUNTO CON LA PAREJA PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.**

1997

<b>O P C I O N E S</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Si, ya que me casé y mi pareja es de otra localidad.	13	6.31
Si, ya que consiguió trabajo y hogar estables.	22	10.68
Solo cuando contamos con los recursos para que pueda acompañarlo.	22	10.68
No, porque él solo emigra por temporadas.	92	44.66
No, por que él no tiene trabajo ni hogar estables.	57	27.67
<b>T O T A L</b>	<b>206</b>	<b>100</b>

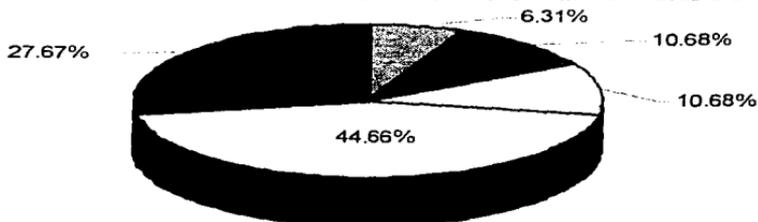
FUENTE: Misma del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 30**

**MUJERES EN EDAD FERTIL QUE EMIGRAN JUNTO CON LA PAREJA PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.**

**1997**

- Ya que me casé y mi pareja es de otra localidad.
- Porque consiguió trabajo y hogar estables.
- Solo cuando tenemos los recursos para que pueda acompañarlo.
- No, porque él emigra por temporadas.
- No, por que él no tiene trabajo ni hogar estables.



FUENTE: Misma de la grafica No. 1

En esta grafica se observa que el mayor porcentaje que es de 44.66 % de las mujeres entrevistadas no emigran con su pareja porque éstos lo hacen solo por temporadas y que el 6.31 % lo hacen porque al casarse, su pareja es de otra comunidad.

## CUADRO No. 31

MUJERES EN EDAD FERTIL QUE RETOMAN O CAMBIAN EL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR ANTES UTILIZADO AL REGRESO DE LA PAREJA EMIGRADA PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES. DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

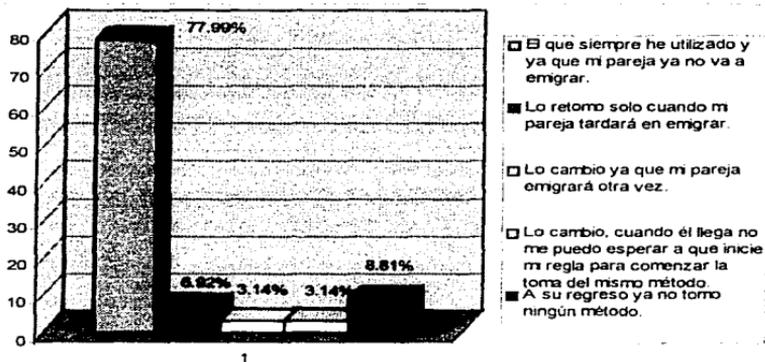
1997

O P C I O N E S	F	%
Si, ya que es el que siempre he utilizado y mi pareja ya no va a emigrar.	124	77.99
Lo retomo solo cuando mi pareja tardará en emigrar.	11	6.92
Lo cambio ya que emigrará otra vez en poco tiempo.	5	3.14
Lo cambio porque cuando él llega no me puedo esperar a que inicie mi regla para comenzar la toma del mismo método.	5	3.14
A su regreso ya no tomo ningún método.	14	8.81
T O T A L	159	100

## GRAFICA No. 31

MUJERES EN EDAD FERTIL QUE RETOMAN O CAMBIAN EL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR ANTES UTILIZADO AL REGRESO DE LA PAREJA EMIGRADA PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997



FUENTE: Misma de la grafica No. 1

Esta gráfica muestra que cuando la pareja regresa un 77.99 % de las mujeres que planificaban retoman el método anticonceptivo porque la pareja ya no va a emigrar.

## CUADRO No. 32

ALTERACIONES DE SALUD AL REINICIAR O CAMBIAR EL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN

1997

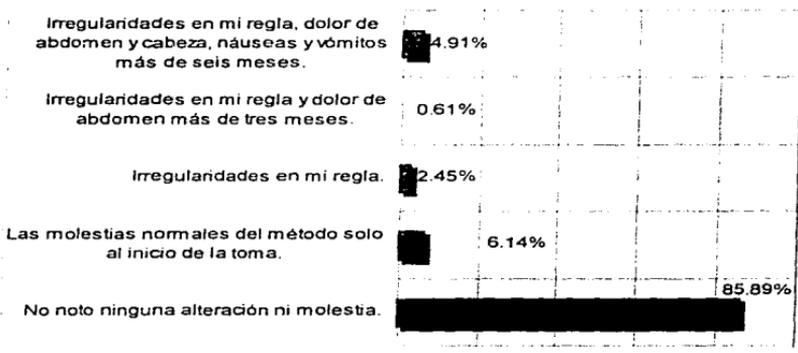
O P C I O N E S	F	%
No noto ninguna alteración ni molestia.	140	85.89
Las molestias normales del método solo al inicio de la toma.	10	6.14
Irregularidades en mi regla.	4	2.45
Irregularidades en mi regla y dolor de abdomen por más de tres meses.	1	0.61
Irregularidades en mi regla, dolor de abdomen y cabeza, náuseas y vómitos por más de seis meses.	8	4.91
T O T A L	163	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

## GRAFICA No. 32

ALTERACIONES DE SALUD AL REINICIAR O CAMBIAR EL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL PERTENECIENTES AL MODULO DE IXTLAN DE LOS HERVORES, DE LA JURISDICCION SANITARIA NO 2 ZAMORA, EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

1997



FUENTE: Misma de la grafica No. 1

Las mujeres que retoman o cambian el método anticonceptivo en un 85.89 % no notan ninguna alteración o molestia y solo el 0.61% sufren de irregularidades en la regla y dolor de abdomen por más de tres meses.

### 3.3 COMPROBACION DE LA HIPOTESIS.

La comprobación de la hipótesis se realiza mediante el coeficiente de correlación de Pearson, ya que permite medir la influencia que existe entre las variables en estudio.

De esta manera con una muestra de 304 cuestionarios aplicados, se encontraron los datos obtenidos en la tabla No. 1, que a continuación se presenta y que contiene para "X": la variable Emigración; y para "Y": la variable Atención de Enfermería Dentro del Programa de Planificación Familiar.

**T A B L A N o. 1**

Concentración de los datos de la variable "X" Emigración y la variable "Y" Atención de Enfermería Dentro del Programa de Planificación Familiar (AEDPPF).

Emigración	X	X <sup>2</sup>	AEDPPF	Y	Y <sup>2</sup>	X • Y
1	157	24649	17	274	75076	43018
2	44	1936	18	153	23409	6732
3	49	2401	19	95	9025	4655
4	50	2500	20	151	22801	7550
5	131	17161	21	166	27556	21746
6	62	3844	22	69	4761	4278
7	49	2401	23	117	13689	5733
8	137	18769	24	88	7744	12056
9	100	10000	25	87	7569	8700
10	92	8464	26	110	12100	10120
11	194	37636	27	91	8281	17654
12	260	67600	28	153	23409	39780
13	198	39204	29	93	8649	18414
14	132	17424	30	227	51529	29964
15	135	18225	31	124	15376	16740
16	118	13924	32	140	19600	16520
	$\Sigma X$ 1908	$\Sigma X^2$ 286138		$\Sigma Y$ 2138	$\Sigma Y^2$ 330574	$\Sigma X \cdot Y$ 263660

Con los resultados anteriores, se desarrolla la formula siguiente:

$$r = \frac{n \Sigma X \cdot Y - (\Sigma X)(\Sigma Y)}{\sqrt{\{n \Sigma X^2 - (\Sigma X)^2\} \{n \Sigma Y^2 - (\Sigma Y)^2\}}}$$

Que en su despeje resulta:

$$r = \frac{(304)(263660) - (1908)(2138)}{\sqrt{\{(304)(286138) - (1908)^2\} \{(304)(330574) - (2138)^2\}}}$$

De donde:

$$r = \frac{80152640 - 4079304}{\sqrt{\{86985952 - 3640464\} \{100494496 - 4571044\}}}$$

$$r = \frac{76073336}{\sqrt{\{83345488\} \{95923452\}}} = \frac{76073336}{89413572.33} = 0.85$$

Por lo tanto al resultar un coeficiente de  $r = 0.85$  con correlación fuertemente positiva, se comprueba la hipótesis que dice

"La emigración influye en la atención de enfermería en el programa de Planificación Familiar"

Por lo que lo anterior da como resultado que la emigración influye en la atención de enfermería dentro del programa de planificación familiar en las mujeres en edad fértil pertenecientes al módulo de Ixtlán de los Hervores de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 Zamora en el estado de Michoacán, y da como consecuencia:

**EMIGRACION**

(+) 0.85



**INFLUYE EN LA ATENCION  
DE ENFERMERIA DENTRO  
DEL PROGRAMA DE  
PLANIFICACION FAMILIAR**

### **3.4 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.**

En este capítulo se analizan e interpretan los resultados de acuerdo a la instrumentación estadística y metodología enfocándola de acuerdo con la relación de variables que se determinaron y consideraron a nivel del universo de trabajo.

- En el cuadro No. 1 referente al estado civil de las mujeres en edad fértil, se observa que la gran mayoría de las entrevistadas se encuentra casada o en unión libre estable, ya que en el módulo de Ixtlán de los Hervores existe una tendencia a casarse desde una edad muy temprana, lo cual es debido a las características económicas y socio-culturales de la zona, con lo que sienten que elevan su nivel social dentro de la comunidad
  
- En el cuadro No. 2 referente a la escolaridad con la que cuentan las mujeres entrevistadas es en su mayoría de uno a seis años de estudio, debido principalmente a que piensan que al casarse las mantendrá el marido y ellas se dedicaran al hogar, por lo que abandonan los estudios desde muy jóvenes. Además debido al abandono de los estudios desde edades muy tempranas estas se forman una conciencia prácticamente nula con respecto a la planificación familiar.
  
- En el cuadro No. 3 que habla de la ocupación de las mujeres en edad fértil del módulo, vemos que la gran mayoría de ellas se dedica al hogar, ya que como se mencionaba en el cuadro anterior la mayoría no cuenta con estudios, además de que sus costumbres las inclinan a atender al marido y a los hijos únicamente, por tanto la mayoría no trabaja
  
- En el cuadro No. 4 referente a la ocupación de las parejas de las mujeres en edad fértil del módulo, se observa que la mayoría de ellos son campesinos, debido a que viven en una zona rural, la principal fuente de trabajo se encuentra en el campo.

- En el cuadro No. 5 relacionado con el ingreso económico familiar de las mujeres en edad fértil, se puede observar que este se encuentra en la mayoría de uno a dos salarios mínimos, pues como ya se mencionó solamente el hombre, como cabeza de familia, es el único que trabaja y que lo hace como campesino, trabajando tierras que no le pertenecen, por lo que su salario es muy bajo.

- En el cuadro No. 6 con respecto a la edad de las mujeres en edad fértil del módulo de Ixtlán de los Hervores, tenemos que la mayoría de ellas se encuentran entre los 20 y 30 años, lo cual indica que se encuentran en óptimas condiciones para la reproducción, hay que poner especial énfasis en ellas para orientarlas a que planifiquen la familia.

- En el cuadro No. 7 en donde se indica la edad de las parejas de las mujeres en edad fértil del módulo, vemos que éstos en su mayoría también tiene entre los 20 y 30 años, y que igualmente se encuentran en las más óptimas condiciones para la reproducción, y por su condición de hombres con un alto nivel de machismo, hay que poner énfasis en orientarlos para que cambien esa ideología y comiencen a aceptar todos los métodos anticonceptivos e inicien la planificación familiar.

- En el cuadro No. 8 referente a la edad de inicio de la vida sexual de las mujeres entrevistadas, se observa que la mayoría inicia su vida sexual entre los 14 y 30 años, debido a que desde muy temprana edad tienen la inquietud de formar su propia familia y por la falta de orientación respecto a la sexualidad y reproducción humana.

- En el cuadro No. 9 donde se indica el número de embarazos que han tenido las mujeres en edad fértil del Módulo de Ixtlán de los Hervores, podemos ver que en su mayoría tienen de tres a cuatro o más embarazos, ya que es un área en donde el nivel cultural es muy bajo y no toda la gente conoce y practica la planificación familiar, además de que están acostumbrados a tener muchos hijos por pareja.

- En el cuadro 10 con respecto a la utilización de la planificación familiar por las mujeres entrevistadas, tenemos que la mayoría la practica cuando ya ha tenido todos los hijos que deseaba o cuando desea espaciar un embarazo de otro. Lo anterior nos indica que los programas de planificación familiar están funcionando principalmente en aquellas que ya se han embarazado y por tanto ya son orientadas al respecto.
  
- En el cuadro No. 11 que nos habla sobre el inicio de la planificación familiar por las mujeres en edad fértil del módulo de Ixtlán de los Hervores, vemos que la mayoría inicia hasta después de su primer hijo, ya que nunca tuvieron una orientación sobre sexualidad y reproducción humana o planificación familiar antes de iniciar su vida sexual o de embarazarse, ahí hay que reforzar la orientación sobre la planificación familiar desde edades más tempranas.
  
- En el cuadro No. 12 referente a los métodos anticonceptivos de planificación familiar que son utilizados por las mujeres en edad fértil del módulo de Ixtlán de los Hervores, tenemos que el uso de los diferentes métodos es muy variado y que la mayoría utiliza aquellos que son de mayor tiempo de duración como son el DIU y la Oclusión Tubárica Bilateral.
  
- En el cuadro No. 13 donde se indican los criterios por los que se seleccionan los métodos anticonceptivos por las mujeres en edad fértil del módulo de Ixtlán de los Hervores, se observa que la mayoría se basa para elegir el método anticonceptivo que utilizara en que presente menos efectos colaterales y que les permita amamantar, debido a que cuando les atienden su parto, el que regularmente lo hacen en centros de salud, ahí las orientan sobre los métodos que más les convienen para poder amamantar.
  
- En el cuadro No. 14 con respecto al lugar en donde adquieren los métodos anticonceptivos las mujeres entrevistadas, podemos ver que la mayoría los adquiere en su propio domicilio por las Auxiliares de Salud, en hospitales o centros de salud por un

médico, lo cual indica que las Auxiliares de Salud se encuentran realizando una gran labor, sin ellas la mayoría de esas usuarias no planificarían la familia, al igual que los médicos quienes se esfuerzan en proporcionarlos posparto.

- En el cuadro No. 15 donde se indican los prestadores de servicios que orientan sobre planificación familiar y metodología anticonceptiva a las mujeres en edad fértil del módulo de Ixtlán de los Hervores, se observa que no siempre son prestadores de servicios quienes orientan, sino que en su mayoría son orientadas por familiares, amistades, o por médicos.

- En el cuadro No. 16 acerca de lo que abarca la orientación proporcionada a las mujeres en edad fértil entrevistadas, podemos ver que la mayoría es orientada sobre los métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres, la presentación, efectividad efectos colaterales e instrucciones de uso, o simplemente nada de lo relacionado a la información que se debe proporcionar con respecto a la planificación familiar y metodología anticonceptiva. Lo anterior nos muestra que quienes fueron orientadas por familiares o amistades no reciben la orientación suficiente como para planificar la familia de la mejor manera y sin riesgos.

- En el cuadro No. 17 con respecto a quienes y cada cuando se realizan la citología vaginal de las mujeres en edad fértil del módulo de Ixtlán de los Hervores, se observa que la mayoría nunca se lo ha realizado por miedo o pena ante quien lo realiza o por que no saben que es, debido a que muy pocas reciben orientación acerca de que es la citología vaginal y de la importancia que tiene el realizarse esta de manera periódica

- En el cuadro No. 18 referente a la decisión por embarazarse de las mujeres en edad fértil del módulo de Ixtlán de los Hervores, vemos que la mayoría se embarazó por que así lo decidió, lo cual muestra que se embarazan debido a sus deseos de ser madres desde edades muy tempranas y de muchos hijos.

- En el cuadro No. 19 donde habla del tiempo transcurrido entre un embarazo y otro de las mujeres entrevistadas, tenemos que en la mayoría pasan de uno a dos años entre un embarazo y otro, debido a que las mujeres pasan mucho tiempo sin tener relaciones sexuales ya que sus parejas emigran, dejándolas por temporadas
  
- En el cuadro No. 20 acerca de los abortos que han tenido las mujeres en edad fértil del módulo de Ixtlán de los Hervores, se observa que afortunadamente la mayoría nunca los ha sufrido. Esto gracias a que la mayoría se embaraza porque así lo decide, por lo que no se provocan los abortos, y quienes los llegan a sufrir es por alguna complicación, como desnutrición o defectos genéticos.
  
- En el cuadro No. 21 con respecto a emigración de las mujeres entrevistadas, vemos que un poco más de la mitad nunca ha tenido la necesidad de emigrar y si lo ha hecho solamente ha sido para visitar a familiares, ya que como están dedicadas al hogar no requieren de buscar trabajo mejor remunerado que en su localidad, pues quien se ocupa de la economía familiar es la pareja
  
- En el cuadro No. 22 referente al tiempo que dura la emigración de las mujeres entrevistadas que así lo hacen, tenemos que la mayoría lo hace de uno a cinco meses, debido a que cuando emigran lo hacen para reunirse con su pareja y regresar con el a su comunidad.
  
- En el cuadro No. 23 donde se habla del lugar a donde emigran quienes lo hacen de las mujeres en edad fértil del módulo de Ixtlán de los Hervores, se observa que la mayoría emigra a comunidades del mismo estado, debido a que cuando se casan lo hacen con hombres de otras localidades, abandonando su comunidad.
  
- En el cuadro No. 24 acerca del motivo por el que emigran las mujeres entrevistadas, tenemos que la mayoría lo hace por seguir a familiares, principalmente siguen a la pareja

con la que se casan, quien pertenece a una comunidad cercana a la suya o simplemente porque construyen su hogar en otra comunidad

- En el cuadro No. 25 que habla de la emigración por parte de las parejas de las mujeres del módulo de Ixtlán de los Hervores, vemos que la mayoría emigra por temporadas cuando no encuentra trabajo en la comunidad, tratando de buscar alguna oportunidad, ya que muchas veces no pueden trabajar como campesinos en su comunidad o cerca de ella debido a que las tierras son de temporal, por eso tienen que desplazarse a lugares donde haya tierras de riego o donde no haya acabado la cosecha, abandonando a la pareja, quien deja de tomar los métodos anticonceptivos

- En el cuadro No. 26 referente al tiempo que dura la emigración de las parejas que así lo hacen de las mujeres en edad fértil del módulo de Ixtlán de los Hervores, se observa que la mayoría de seis meses a más de un año, debido principalmente a que cuando emigran y encuentran un trabajo bien remunerado ya no lo abandonan y solamente regresan al hogar cuando son sus vacaciones laborales, regresando a trabajar al término de estas, muchas veces regresan al hogar sin avisar a la mujer, y como es por poco tiempo, estas a veces no retoman los métodos anticonceptivos o los cambian, por lo que muchas veces quedan embarazadas.

- En el cuadro No. 27 con respecto al tiempo que tardan en emigrar las parejas que así lo hacen de las mujeres entrevistadas, tenemos que tardan de uno a más de dos años, ya que cuando regresan al hogar han reunido suficiente dinero como para vivir bien por un tiempo, y a veces se aguantan un tiempo más para ver si consiguen trabajo en su comunidad

- En el cuadro No. 28 donde se habla del lugar que eligen para emigrar las parejas de las mujeres del módulo de Ixtlán de los Hervores, vemos que la gran mayoría lo hace a

**Estados Unidos, debido a que es el lugar donde encuentran más oportunidades de trabajo y mejor remunerado.**

- En el cuadro No. 29 acerca del motivo por el que emigran las parejas de las mujeres entrevistadas, se observa que la mayoría lo hace para buscar mejores oportunidades, ya que en su comunidad es raro encontrar empleo y que este bien pagado, pues los trabajos que encuentran en su localidad son principalmente de campesinos o de albañil donde la paga es muy baja, por lo que abandonan a la familia tratando de encontrar un mejor nivel económico principalmente

- En el cuadro No. 30 que habla de las mujeres en edad fértil del módulo de Ixtlán de los Hervores que emigran junto con la pareja, tenemos que la mayoría no lo hace ya que la pareja emigrara solo por temporadas, debido principalmente a que a donde emigran no cuentan con un hogar estable o lo suficientemente grande como para llevarse a la familia.

- En el cuadro No. 31 referente a las mujeres en edad fértil que retoman o cambian los métodos anticonceptivos al regreso de la pareja emigrada pertenecientes al módulo de Ixtlán de los Hervores, vemos que la mayoría los retoman debido a que la pareja ya no va a emigrar, aunque a veces si emigran, solo que tardan en hacerlo, y la mayoría retoman el mismo método ya que es el que siempre han usado y tienen desconfianza de los demás.

- En el cuadro No. 32 con respecto a las alteraciones de salud al retomar o cambiar el método anticonceptivo de las mujeres entrevistadas, se observa que la gran mayoría no nota ninguna alteración o molestia, debido a que como ya se vio anteriormente, los métodos de mayor uso son la Oclusión Tubárica Bilateral y el DIU por lo que realmente no lo retoman, sino que ya lo tienen y por eso no notan ninguna alteración o molestia.

### 3.5 CONCLUSIONES.

Al finalizar la presente investigación, cuya finalidad era demostrar la influencia de la emigración en la atención de enfermería dentro del programa de planificación familiar, se concluyó:

Que la emigración influye en la atención de enfermería dentro del programa de planificación familiar en el módulo de Ixtlán de los Hervores, de la jurisdicción sanitaria No 2 Zamora en el estado de Michoacán, debido a que cuando se desea proporcionar atención de enfermería a la población en su propio hogar, ésta no se encuentra por haber emigrado, o si se encuentra la mujer ésta no desea la atención porque no está su pareja.

Se cumplieron los objetivos planteados a principio de la investigación, pues se identificó como la emigración dificulta la atención de enfermería dentro del programa de planificación familiar.

Con respecto a la hipótesis, se llegó a las siguientes conclusiones:

Se logró comprobar la hipótesis en un 0.85 que dice: "La Emigración Dificulta la Atención de Enfermería en el Programa de Planificación Familiar". El 0.15 restante, incluye el resto de los factores de la emigración que nos se abarcaron en esta investigación.

Durante la investigación se identificaron algunos de los factores que más influyen de la emigración en la atención de enfermería dentro del programa de planificación familiar como son los siguientes:

- El grado de escolaridad determinó el conocimiento que la población tiene acerca de la planificación familiar y la posibilidad de encontrar trabajo mejor remunerado, con

mayor escolaridad se tienen mayores conocimientos de la planificación familiar siendo más aceptada y practicada, también aumenta la posibilidad de encontrar trabajo mejor remunerado sin la necesidad de emigrar.

- La ocupación de la población repercute en la necesidad de emigrar, pues al ser comunidades prácticamente campesinas y donde la población es más grande que las necesidades de la zona, la población tiene que buscar otro tipo de trabajo o en otro lugar, lo que provoca grandes cantidades de emigrantes.

- El nivel socioeconómico fue un factor decisivo, debido a que éste determina el "modus vivendi" de la población estudiada y de ahí se deriva el nivel cultural, la accesibilidad a servicios de salud y por tanto la calidad de vida. Por lo anterior se concluye que a mayor nivel socioeconómico, menor es la necesidad de emigrar y reciben mayor atención de enfermería dentro del programa de planificación familiar.

- La edad de la población cuenta mucho en la decisión de emigrar, ya que entre más jóvenes tienen mayores deseos de encontrar trabajo de poco esfuerzo y mejor remunerado, por lo que salen de su comunidad en busca de cumplir sus expectativas.

- El que principalmente los varones sean quienes emigren, provoca que abandonen a sus parejas, quienes al no estar ellos abandonan los métodos anticonceptivos, ya que emigran por temporadas relativamente largas, además de que lo hacen principalmente a los Estados Unidos por lo que no pueden regresar constantemente, haciéndolo por lo regular una vez al año, y cuando regresan la mujer no está preparada para planificar la familia.

- Al emigrar los varones hasta Estados Unidos difícilmente pueden ser acompañados por su pareja, ya que muchas veces no cuentan con un trabajo y hogar estable, además de que no cuentan con los recursos para poderse las llevar, esta es la principal razón por la

que deciden emigrar tan lejos, pues buscan donde puedan ganar más económicamente para poder tener un nivel socioeconómico más elevado.

En relación con la atención de enfermería dentro del programa de planificación familiar, de acuerdo con los resultados obtenidos, se concluye que

El estado civil que predomina en las parejas en edad fértil es el estar casado en un 90.13%, los cuales en un 93.42 % inician su vida sexual entre los 14 y 30 años de edad, por lo que el 32.25 % de las mujeres en edad fértil cuentan con cuatro o más embarazos, quienes además el 90.48 % practica la planificación familiar, iniciándola el 58.87 % después del primer hijo, quienes prefieren el DIU en un 25.94 %, siguiendo los métodos definitivos de la Oclusión Tubárica Bilateral en un 23.68 %, los que fueron seleccionados principalmente por presentar menos efectos colaterales y les permiten amamantar después del parto, los cuales son proporcionados en centros de salud u hospitales por médicos y enfermeras.

Es importante mencionar que las mujeres fueron orientadas para que planificaran la familia inicialmente por familiares o amigos quienes solamente les recomendaron que planifiquen la familia sin explicarles porqué, cómo o con qué, debido a que carecen de los conocimientos suficientes como para orientar al respecto. Afortunadamente en esta zona se cuenta con la Auxiliar de Salud, la Enfermera Supervisora de Auxiliares de Salud y un pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia quienes proporcionan una orientación más completa acerca de la planificación familiar en los propios hogares de las parejas en edad fértil.

Gracias a la planificación familiar se logra conseguir que las mujeres se embaracen cuando ellas lo deciden, en su mayoría, con lo que se ha logrado que el periodo intergenésico sea entre uno y dos años, igualmente se ha disminuido el número de

abortos ya que el 74.67 % de las mujeres que se han embarazado nunca han tenido un aborto.

Lo anterior nos refleja que a pesar de que un gran número de mujeres hacen uso de la planificación familiar, la atención de enfermería dentro del programa de planificación familiar se ve limitada por la emigración que se da en México, ya que es resultado de factores que en su mayoría están dados por las condiciones socioeconómicas del país y del grado cultural de las parejas en edad fértil.

### **3.6 RECOMENDACIONES.**

Por las conclusiones anteriores se recomienda:

- Proporcionar mayores apoyos y becas a niños de bajos recursos, para que estén más motivados a estudiar y prepararse para competir en los mercados laborales, y no solo como campesinos, con lo cual conseguirían trabajos mejor remunerados y elevarían su nivel socioeconómico, además se formarían una conciencia más amplia en todos los aspectos, con lo que aceptarían más fácilmente la planificación familiar, pues ya se ha visto que cuando se tiene mayor escolaridad se acepta más el planificar la familiar.
- Impulsar más fuentes de trabajo con lo que se evite el que emigre la población en busca de éstas, sobre todo los varones que abandonan a las parejas para buscar trabajo y elevar el nivel socioeconómico de la familia, con lo que además se lograría mantener unidas a las familias.
- Dar un mayor énfasis en la promoción de los programas de planificación familiar a edades más tempranas, inclusive desde la educación primaria, ya que en estas zonas desde esos momentos de la vida se empiezan a formar la idea de formar familia, si se comienza a educar desde la infancia al respecto, no solo se lograría que planificaran la familia, sino que también se evitarían matrimonios muy jóvenes.
- Dar mayor énfasis a la promoción sobre la planificación familiar en la población que se encuentra en el domicilio, pues es gente con deseos de emigrar o con familiares que lo hacen, para que cuando estos emigren estén concientes, y si es el varón el que emigra las mujeres se prevengan para el regreso de su pareja y logren la planificación familiar con éxito.

## G L O S A R I O

**Aborto:** Desde el punto de vista obstétrico es la interrupción del embarazo antes de que el producto sea viable y suele aceptarse hasta el sexto mes, que el producto no es viable, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, considera que el feto es viable a las 22 semanas de gestación, con un peso de 500 gr.

**Embarazo:** Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

**Esterilidad:** Es la incapacidad que presenta un individuo, hombre o mujer o ambos integrantes de la pareja, en edad fértil, para lograr un embarazo por medios naturales, después de un periodo mínimo de 12 meses de exposición regular al coito, sin uso de métodos anticonceptivos.

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

**Métodos Anticonceptivo:** Son aquellos que se utilizan para impedir y/o regular la capacidad reproductiva de un individuo o pareja con el fin de evitar embarazos no deseados, ya sea en forma temporal o permanente, los temporales son: hormonales orales, hormonales inyectables, hormonales subdérmicos, dispositivo intrauterino, de barrera o espermicidas y naturales o de abstinencia periódica; y los permanentes son la oclusión tubaria bilateral y la vasectomía.

**Parto:** Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos mediante los cuales se da la expulsión del producto de la concepción ya viable, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.

**Puerperio:** Periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos maternos que se prepararon para el embarazo y el parto, y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

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

## **A P E N D I C E S .**

- Apéndice No. 1**      **Area geográfica donde se ubican las comunidades que conforman el módulo de Ixtlán de los Hervores de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 Zamora, en el estado de Michoacán.**
- Apéndice No. 2**      **Cuestionario aplicado para la investigación "Influencia de la Emigración en la Atención de Enfermería Dentro del Programa de Planificación Familiar, en el Módulo de Ixtlán de los Hervores de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 Zamora, en el Estado de Michoacán".**
- Apéndice No. 3**      **Tarjeta matriz de concentración de resultados, primero datos de cada uno de los 304 cuestionarios aplicados, segundo concentración por comunidades, tercero por municipio y cuarto concentración general de resultados.**

**APENDICE No. 1**

Mapa donde se muestra la ubicación del Módulo de Ixtlán de los Hervores de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 Zamora, en el estado de Michoacán, dentro de la República Mexicana.

**REPUBLICA MEXICANA**

Mapa donde se muestra la ubicación de las comunidades que conforman al módulo de Ixtlán de los Hervores.



## APENDICE No. 2

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

**INVESTIGACION.**

*"Influencia de la Emigración en la Atención de Enfermería Dentro del Programa de Planificación Familiar, en el Módulo de Ixtlán de los Hervores de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 Zamora, en el Estado de Michoacán"*

**ELABORO:**

**EFREN HERNANDEZ ROJAS**

(Pasante de la Lic. en Enfermería y Obstetricia en Ixtlán de los Hervores, Michoacán. Con No. de cuenta 9357731-3)

**CON LA ASESORIA DE:**

**LIC. MARIA DE LOS ANGELES TORRES LAGUNAS**  
(Académico de la ENEO-UNAM)

No. de Cuestionario: \_\_\_\_\_

Fecha de Elaboración: \_\_\_\_\_

Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_

Comunidad: \_\_\_\_\_

Abril de 1997.

### INTRODUCCION

Como pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en el estado de Michoacán me he podido dar cuenta que hay una gran cantidad de habitantes emigrados, lo cual me ha llevado a decidir realizar la siguiente investigación: "Influencia de la Emigración en la Atención de Enfermería dentro del Programa de Planificación Familiar, en el Módulo de Ixtlán de los Hervores de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 Zamora, en el Estado de Michoacán". La cual me servirá para titularme y obtener datos con los que se puedan planear estrategias que utilicen la emigración en beneficio del programa de planificación familiar.

Por lo antes mencionado, solicito su apoyo para recabar dichos datos sobre el tema, con lo que se podrá continuar con la investigación, además serán utilizados anónimamente y de manera confidencial. Por lo que le rogamos contestar en forma verídica y completa el presente cuestionario.

### OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

- Identificar como la emigración dificulta la Atención de Enfermería en el Programa de Planificación Familiar en el Módulo de Ixtlán de los Hervores de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 Zamora, en el estado de Michoacán.

### OBJETIVO DEL CUESTIONARIO

- Obtener información verídica para conocer los factores de la emigración que puedan influir en la atención en la planificación familiar y poder continuar y concluir la investigación.

**Nota:** Aplicación Exclusiva a Mujeres.

## INDICACIONES PARA CONTESTAR EL CUESTIONARIO.

- ◆ Lea cuidadosamente cada una de las preguntas que a continuación se mencionan.
- ◆ Marque con una X la opción que usted elija.
- ◆ No marque más de dos opciones por pregunta.
- ◆ En caso de duda, por favor preguntar al entrevistador.
- ◆ De antemano, por su cooperación. Muchas gracias.

## 1.- ¿Cual es su estado civil?

- \_\_\_\_\_ Casada o en unión libre estable.  
 \_\_\_\_\_ Viuda.  
 \_\_\_\_\_ Divorcinada.  
 \_\_\_\_\_ Soltera y sin pareja sexual.  
 \_\_\_\_\_ Casada o en unión libre abandonada por la pareja

## 2.- ¿Cual es su escolaridad?

- \_\_\_\_\_ Más de 12 años de estudio.  
 \_\_\_\_\_ De 10 a 12 años de estudio.  
 \_\_\_\_\_ De 7 a 9 años de estudio.  
 \_\_\_\_\_ De 1 a 6 años de estudio.  
 \_\_\_\_\_ Nunca estudio

## 3.- ¿Cual es su ocupación?

- \_\_\_\_\_ Técnico o Profesionista.  
 \_\_\_\_\_ Comerciante.  
 \_\_\_\_\_ Empleada.  
 \_\_\_\_\_ Campesina.  
 \_\_\_\_\_ Hogar

## 4.- ¿Cual es la ocupación de su pareja?

- \_\_\_\_\_ Técnico o Profesionista  
 \_\_\_\_\_ Comerciante  
 \_\_\_\_\_ Empleado.  
 \_\_\_\_\_ Campesino.  
 \_\_\_\_\_ Albaril.

## 5.- ¿Cual es el Ingreso Económico Familiar? Salario mínimo = 22.60

- \_\_\_\_\_ Muy alto, mayor a nueve salarios mínimos.  
 \_\_\_\_\_ Alto, de seis a ocho salarios mínimos.  
 \_\_\_\_\_ Medio, de tres a cinco salarios mínimos.  
 \_\_\_\_\_ Bajo, de uno a dos salarios mínimos.  
 \_\_\_\_\_ Muy bajo, menor de un salario mínimo.

## 6.- ¿Que edad tiene usted?

- \_\_\_\_\_ Entre 20 y 30 años.  
 \_\_\_\_\_ Entre 31 y 35 años.  
 \_\_\_\_\_ Entre 14 y 19 años.  
 \_\_\_\_\_ Entre 36 y 49 años.  
 \_\_\_\_\_ Menos de 14 o más de 49 años.

## 7.- ¿Que edad tiene su pareja?

- \_\_\_\_\_ Entre 20 y 30 años.  
 \_\_\_\_\_ Entre 31 y 35 años.  
 \_\_\_\_\_ Entre 14 y 19 años.  
 \_\_\_\_\_ Entre 36 y 49 años.  
 \_\_\_\_\_ Menos de 14 o más de 49 años.

## 8.- ¿A que edad inició su vida sexual activa?

- \_\_\_\_\_ Entre los 20 y 30 años.

- Entre los 31 y 35 años.  
 Entre los 14 y 19 años.  
 Entre los 36 y 49 años.  
 Aún no inicié mi vida sexual activa.

**9.- ¿Cuántos embarazos ha tenido?**

- Ninguno.  
 Uno  
 Dos  
 Tres  
 Cuatro o más

**10.- ¿Planifica la familia con algún método anticonceptivo?**

- Sí, debido a que ya tengo todos los hijos que deseaba.  
 Sí, debido a que deseo espaciar el tiempo entre un embarazo y otro.  
 No, porque deseo embarazar/me  
 No, por que no se que son.  
 No, por que no se donde conseguirlo

**11.- ¿Cuándo comenzó a planificar la familia?**

- Desde que inicié mis relaciones sexuales.  
 Desde que me casé, para esperarme un tiempo antes de tener mi primer hijo.  
 Después de mi primer hijo  
 Después de que tuve más de cuatro hijos  
 Hasta que me dijeron que corría riesgo si me volvía a embarazar

**12.- ¿Que método utiliza?**

- Definitivo, Oclusión Tubárica Bilateral (salpingoelastia en la mujer o vasectomía en el hombre).  
 Natural o de abstinencia periódica  
 De barrera, ya sean espermaticidas o preservativo (condón)  
 Dispositivo Intra Uterino o DIU  
 Hormonal, ya sea oral o inyectable

**13.- ¿En base a qué criterios seleccionó el método que utiliza?**

- En que presenta menos efectos colaterales, no afecta mi salud y me permite amamantar.  
 En que no requiere de tomas continuas ni revisiones periódicas  
 No requiere de intervención quirúrgica  
 En que es muy económico.  
 En que es el más recomendado por otras usuarias.

**14.- ¿Dónde adquiere los métodos de planificación familiar?**

- En mi propio domicilio por la Auxiliar de Salud.  
 Centro de salud u Hospital por un médico  
 Centro de salud u Hospital por una enfermera  
 Médico particular en su consultorio  
 En farmacias de la localidad por el dependiente.

**15.- ¿Quién le proporcionó orientación para que planificara la familiar y decidirse por un método?**

- Médico  
 Pasante de la Lic. en Enfermería y Obstetricia.  
 Supervisora de Auxiliar de Salud o Enfermera.  
 Auxiliar de Salud  
 Otro como son: familiares o amistades

**16.- ¿Que aharré la orientación?**

Sexualidad y reproducción humana desde el punto de vista biológico, psicológico y social. Riesgo reproductivo en las mujeres. Información sobre los métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres. Información sobre la presentación, efectividad, efectos colaterales e instrucciones sobre el uso de los métodos anticonceptivos. Información y orientación sobre infertilidad y esterilidad

\_\_\_\_\_ Sexualidad y reproducción humana desde el punto de vista biológico, psicológico y social.  
 Riesgo reproductivo en las diferentes etapas de la vida. Información sobre los métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres.

\_\_\_\_\_ Información sobre los métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres.  
 Información sobre la presentación, efectividad, efectos colaterales e instrucciones sobre el uso de los métodos anticonceptivos.

\_\_\_\_\_ Sexualidad y reproducción humana desde el punto de vista biológico, psicológico y social.  
 Información y orientación sobre infertilidad y esterilidad.

\_\_\_\_\_ Nada de lo anterior.

**17.- ¿Usted se realiza la citología vaginal (Papanicolaou)?**

\_\_\_\_\_ Si, cada seis meses para detectar oportunamente el cáncer, y saber si puedo usar métodos anticonceptivos.

\_\_\_\_\_ Si, cada año para detectar oportunamente el cáncer.

\_\_\_\_\_ Una sola vez me lo realicé para saber si podía usar métodos anticonceptivos

\_\_\_\_\_ No me lo he realizado porque me da miedo y pena

\_\_\_\_\_ No me lo he realizado porque no sé que es

**18.- Se embarazó porque:**

\_\_\_\_\_ Decidió embarazarse

\_\_\_\_\_ No utilizaba método para planificar la familia

\_\_\_\_\_ Cambió de método para planificar la familia

\_\_\_\_\_ Le falló el método de planificación familiar.

\_\_\_\_\_ No sabía que podía suceder al tener relaciones sexuales.

**19.- ¿Qué tiempo ha transcurrido entre un embarazo y otro?**

\_\_\_\_\_ Más de cuatro años.

\_\_\_\_\_ Tres a cuatro años.

\_\_\_\_\_ Dos a tres años.

\_\_\_\_\_ Uno a dos años.

\_\_\_\_\_ Menos de un año.

**20.- ¿Ha tenido abortos?**

\_\_\_\_\_ Ninguno.

\_\_\_\_\_ Uno.

\_\_\_\_\_ Dos.

\_\_\_\_\_ Tres.

\_\_\_\_\_ Cuatro o más.

**21.- ¿Ha emigrado usted?**

\_\_\_\_\_ Nunca he tenido necesidad de emigrar.

\_\_\_\_\_ Solo para visitar a familiares.

\_\_\_\_\_ Únicamente para consulta médica o atención de parto.

\_\_\_\_\_ Por temporadas cuando no encuentro trabajo en la comunidad en busca de alguna oportunidad económica.

\_\_\_\_\_ Por largas temporadas para trabajar mientras reúno dinero

**22.- ¿Por cuánto tiempo ha emigrado?**

\_\_\_\_\_ Un mes.

\_\_\_\_\_ Dos a tres meses.

\_\_\_\_\_ Cuatro a cinco meses.

\_\_\_\_\_ Seis meses a un año

\_\_\_\_\_ Más de un año.

**23.- ¿A donde ha emigrado?**

\_\_\_\_\_ A comunidades del mismo Estado.

\_\_\_\_\_ A otros estados del país.

\_\_\_\_\_ Al Distrito Federal.

\_\_\_\_\_ A Estados Unidos.

- \_\_\_\_\_ Otro país.
- 24.- ¿Por qué ha emigrado usted?**
- \_\_\_\_\_ Para recibir atención médica.
- \_\_\_\_\_ Para atención de parto.
- \_\_\_\_\_ Falta de fuentes de trabajo.
- \_\_\_\_\_ Buscar mejores oportunidades.
- \_\_\_\_\_ Seguir a familiares.
- 25.- ¿Ha emigrado su pareja?**
- \_\_\_\_\_ Nunca ha tenido necesidad de emigrar.
- \_\_\_\_\_ Solo para visitar a familiares.
- \_\_\_\_\_ Únicamente para consulta médica.
- \_\_\_\_\_ Por temporadas cuando no encuentra trabajo en la comunidad, en busca de alguna oportunidad económica.
- \_\_\_\_\_ Por largas temporadas para trabajar mientras reúne dinero.
- 26.- ¿Por cuanto tiempo ha emigrado su pareja?**
- \_\_\_\_\_ Un mes.
- \_\_\_\_\_ Dos a tres meses.
- \_\_\_\_\_ Cuatro a cinco meses.
- \_\_\_\_\_ Seis meses a un año.
- \_\_\_\_\_ Más de un año.
- 27.- ¿Cada cuanto tiempo emigra su pareja?**
- \_\_\_\_\_ Cada más de dos años.
- \_\_\_\_\_ Cada uno a dos años.
- \_\_\_\_\_ Cada siete meses a un año.
- \_\_\_\_\_ Cada cuatro a seis meses.
- \_\_\_\_\_ Cada uno a tres meses.
- 28.- ¿A donde emigra su pareja?**
- \_\_\_\_\_ A comunidades del mismo Estado.
- \_\_\_\_\_ A otros estados del país.
- \_\_\_\_\_ Al Distrito Federal.
- \_\_\_\_\_ A Estados Unidos.
- \_\_\_\_\_ A otro país.
- 29.- ¿Por qué ha emigrado su pareja?**
- \_\_\_\_\_ Para recibir atención médica.
- \_\_\_\_\_ Para acompañarla en la atención de su parto.
- \_\_\_\_\_ Falta de fuentes de trabajo.
- \_\_\_\_\_ Buscar mejores oportunidades.
- \_\_\_\_\_ Seguir a familiares.
- 30.- ¿Al Emigrar su pareja lo hace usted con él?**
- \_\_\_\_\_ Si, ya que me casé y mi pareja es de otra localidad.
- \_\_\_\_\_ Si, ya que consiguió trabajo y hogar estables.
- \_\_\_\_\_ Solo cuando contamos con los recursos para que pueda acompañarlo.
- \_\_\_\_\_ No, porque el solo emigra por temporadas.
- \_\_\_\_\_ No, porque él no tiene trabajo ni hogar estables.
- 31.- ¿Al regreso de la pareja retoma el método anticonceptivo antes utilizado o lo cambia?**
- \_\_\_\_\_ Si, ya que es el que siempre he utilizado y mi pareja ya no va a emigrar.
- \_\_\_\_\_ Lo retomo solo cuando mi pareja tardará en emigrar.
- \_\_\_\_\_ Lo cambio ya que emigrará otra vez en poco tiempo.
- \_\_\_\_\_ Lo cambio porque cuando él llega no me puedo esperar a que intente mi regla para comenzar la toma del mismo método.
- \_\_\_\_\_ A su regreso ya no tomo ningún método.

**32.- ¿Nota alguna alteración de salud en su cuerpo al reiniciar el método anticonceptivo o cambiarlo?**

\_\_\_\_\_ No noto ninguna alteración o molestia.

\_\_\_\_\_ Las molestias normales del método solo al inicio de la toma.

\_\_\_\_\_ Irregularidades en mi regla.

\_\_\_\_\_ Irregularidades en mi regla y dolor de abdomen por más de tres meses.

\_\_\_\_\_ Irregularidades en mi regla, dolor de abdomen y cabeza, náuseas y vómitos por más de seis meses













286	1	4	5	4	3	1	1	3	3	1	3	4	1	1	4	3	1	1	5	2	2	1	1	5	5	1	1	1	1	2	2	1	
287	1	1	5	4	5	4	4	1	5	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	5	3	4	1	4	1	3			
288	1	4	5	4	4	1	1	3	3	1	3	3	2	1	4	2	2	1	4	1	3				4	4	4	3	3	4	1	1	
289	1	2	5	4	4	3	1	3	3	1	3	2	2											1									
290	1	4	5	4	5	3	1	3	2	1	3	5	5	1	5	5	4	1						1									
291	1	2	5	4	4	4	4	1	5	2	3	5	5	1	1	5	5	3	1	1				1									
292	3	4	5	4	5	1	1	3	3	1	3	4	1	1	4	3	1	1	5	2	2	1	1	5	5	1	1	1	1	2	2	1	
293	1	2	5	5	4	4	3	4	2	3	4	3	1	1	4	1	1	1	2	1				4	5	1	4	4	4	1	1		
294	1	4	5	4	5	1	1	1	4	2	3	1	1	3	5	3	4	4	4	1	2	4	5	4	3	1							
295	5	4	5	3	4	1	2	1	2	2	3	3	1	1	5	3	2	5	1	2	3	3	5	4	4	3	1	4	4	4	1		
296	5	4	5	2	2		1	4	2	5	3	1	2	3	5	4	1	3	1	1													
297	1	4	5	3	5	1	1	3	2	1	3	5	4	1	2	4	4	1	1	1				5	5	2	4	4	4	1	1		
298	5	4	4	5	5	1	2	3	5	3	1	1	4	3	2	2	3	1	1	2	1	2	1										
299	1	4	5	4	4	2	2	1	4	1	3	4	1	1	3	1	5	1	1	2	1	1	5	4	4	2	4	4	2	1			
300	1	4	5	4	5	1	1	1	4	2	3	1	1	3	5	3	4	4	1	4	5	4	5	4	4	5	1	4	5	2	5	1	
301	1	4	5	4	3	4	4	3	5	2	4	5	5	1	4	3	5	2	5	1	1			4	4	4	4	3	5				
302	1	1	5	4	4	2	4	3	5	2	4	3	1	1	3	2	2	1	4	2	2	5	2	5	5	5	1	4	3	1	1	1	
303	1	4	5	4	4	2	2	2	1	3	4	3	1	2	3	2	1	1	1				4	4	1	4	3	4	1	1			
304	1	4	5	4	4	1	2	1	4	2	4	4	2	1	1	3	2	1	3	2	2	3	1	5	5	3	4	4	3	5	1	1	

En esta tarjeta se realizó una concentración de resultados por comunidad, donde se anotaron las veces que se repite el número de respuesta correspondiente a cada pregunta de los cuestionarios aplicados por comunidad.

COMUNIDAD: CAMUCUATO																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	24	3	3	4	2	16	16	21	1	9	2	15	11	3	11	
2		1				1	1	1		18	1	4	11	7		1
3			1	3	2			5	4		16	1		8	2	15
4	1	22	1	17	19	10	9		12		4	3	1	4	3	1
5	2	1	22	2	3			1	9		4	4	4	1	11	10
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
1		8	5	21	7	6	9	5	9	2	5				16	19
2	4	6		1	2	2	1		2	2	6	1		3		1
3	1		8	2	5	1	3	10	3	5	4			8	2	1
4	15	10	9	1	10	3	7	3	12	3	4	11	5	12		1
5	7	2	3	2	3	8		2		2	1		4		2	1

## COMUNIDAD: SAN CRISTOBAL

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	11	1	1	1	1	6	5	6	1	4	2	3	6	1		
2						3	3		2	5	1	3	2	2	5	
3		2		1	6			5	2		8	1		1	5	6
4	8	6	4	2	3		1	2	2	3	1					
5			10	3					5			3	2		3	
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
1	2	4	3	10	6	1	1	1	2	1	3	1		5	7	
2	2	4	1	1	1	2			3	4	2			2	1	1
3	2	1	1					3	2	1	2		5	1	1	
4	5	1	3		4		2	1	5			6	4	6		
5						2		2	4						1	1

## COMUNIDAD: LAS TINAJAS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	8			1		2	3	5		8	1				4	
2				2		1	1		2	1		5	5	2	1	
3		1	3	2	2	1		5	1	1	7	1		2		4
4	1	7		4	7	6	3		3		2	2	4			
5	1	2	7		1		2		4			1			5	6
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
1		4	1	5	7		1		3		3	2			5	6
2	1	4	2	4	2	1			1	3						2
3	7	2					2	1	2	1		1	3	1	1	
4	2		2					1	3	3	1	3	3	4		
5			1	1	1	1		1	1	1		1		2	1	

## COMUNIDAD: LA SANTA CRUZ

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	58	5	4	3	3	21	17	32	1	27	9	13	28	8	12	8
2	1	2	2	4	2	15	14	1	4	25	3	6	6	24	15	10
3	1	6	2	7	6	2	1	25	16	3	24	11	4	9	3	10
4		39	9	33	11	19	21	1	15	1	10	18	7	1	5	1
5		8	43	12	38	3	6	1	24	5	8	2	5	2	22	28
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
1	14	28	11	43	29	10	8	2	11	10	9	5	1	6	24	23
2	15	22	6	14	13	7	9	3	6	2	7	9	1	3		
3	6	1	13	3	6	1	2	3	2	3	12	1	11	4	2	1
4	11	5	19		4	1	11	12	28	10	6	32	30	9		
5	14	3	6		8	12	1	11	12	23	14	1	5	26		2

COMUNIDAD: EL LLANO																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	5	1				1	2	2		3	2	1	5	2	3	1
2		1				2	3			4		1	1	4	2	
3	1			1	1	1		5	2		3					3
4		3		4	4	2	2					5			2	2
5	1	2	7	2	2	1			5		2		1			1
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
1	3	3	5	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	1	3
2		2	1	2	2	1	1			1	1	1		1	1	
3			1	1	1	1			1				1	1		
4	2	1		3	3	3	2	1	1	2		2	1	1	1	
5	2	1						4	3		1			1		

COMUNIDAD: LAS MAJADAS																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	21				9	7	12	1	12	1	1	11	14	5	5	
2		5		1	1	8	7	3	6	8	2	1	1	2	5	6
3		1		4	1	1		6	4	2	17	8	4	3	2	8
4		14		15	14	4	8	1	8		2	5			8	2
5	1		22	2	7				3			5	4		2	1
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
1	5	19	2	17	15	1	1		4		8	1		2	13	16
2	11		2	4	4		1	2		2	2		2	3	1	
3	4		2	1		1	1	2	1	2	3	1	6			
4	2	1	7		1	4		12	8	4	16	9	10	1		
5		1	2		2	5		3	5	8	1	1	3	2		

COMUNIDAD: LAS TORCAZAS																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	21	1			14	9	16		15	2	3	7	4	11	3	
2	1	1		1	1	2	8		5	2	5	7	5	2	3	
3		5		2	5	2	1	6	3	1	14	2	2	1	3	9
4		14	1	18	12	4	3		3	1	2	5	1	5	2	3
5		1	21	4	4				4	1	5	3		4	7	
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
1	2	15		19	15				4	1	3	2			12	12
2	10	4	1	3	5	2	5			1	1			1	2	
3	3		5		4			1		8	1		11	1		1
4	4	1	2		1	2	1	14	7	12	15	6	13	1		
5	3	2	2		2			5	3	1			3	1		

## COMUNIDAD: LA HUERTA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	12		1			5	4	5	3	6	1	2	2	4	6	1
2		1	1	1			3	1	2	6		4	6		1	
3		2	3	7	8	2		8	3	2	8	3	2	1	2	7
4		11		1	6	5	5		3			1	1	2	2	2
5	2		9	3					3		3	2	1	1	2	3
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
1	1	5	2	12	10	1	1		9	1	2					1
2	5	1		1	2	1	1	1	1		2	1			1	
3	3			1		1	1	1			2	2	2	1		
4	5		6		2		1	1	2	2		1	1	2	1	
5		5	1			1		2	1	1			1			

## COMUNIDAD: LOS PILARES

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	66	2	1	1	5	36	34	24	10	37	4	14	23	19	14	6
2	2	11	2	2	2	15	20	1	8	24	4	11	13	15	7	2
3	2	17	1	4	18	14	3	44	12	2	40	9	2	11	6	28
4	6	41	5	57	40	11	8		18	4	11	11	7	3	18	7
5		5	67	2	8		1	7	28		7	16	16	2	22	24
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
1	1	33	10	54	40	14	17	10	24	10	9	13	2	3	27	29
2	15	17	9	16	6	4	5	3		1	8	3	2	4	4	3
3	6	2	7	2	11	4	4	9	4	11	10	2	16	8		1
4	32	11	27	2	13	6	10	8	34	11	12	23	21	22		
5	22	3	5	2	6	8		6	4	9	3	1	1	5	5	5

## COMUNIDAD: EL CUENQUEÑO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	48	4				25	21	30		30	7	12	27	28	9	5
2	1	4			2	10	11	2	6	21	2	1	7	16	14	8
3	2	6		4	8	4		22	18	2	29	9	4	6	5	20
4		35	3	43	15	14	19		21		9	16	5		10	4
5	4	6	52	6	30	2	2	1	10	2	5	13	8		16	17
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
1	10	34	9	41	27	8	12	1	13	6	10	6	4	2	21	25
2	16	11	5	12	13	5	4	1	3	2	8	3	3	5	3	
3	3	1	13	1	4	4	4	4	2	3	7	2	13	3		1
4	13	5	15		8	5	8	6	21	15	8	28	20	13	1	
5	13	4	7	1	3	6		16	14	14	7	1	3	17	2	

En esta tarjeta se realizó una concentración de resultados por municipio, donde se anotaron las veces que se repite el número de respuesta correspondiente a cada pregunta de los cuestionarios aplicados en cada municipio.

MUNICIPIO: IXTLAN																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	106	10	8	9	5	46	43	66	3	51	14	31	47	19	31	9
2	1	4	2	6	3	22	22	1	9	51	5	16	26	39	20	16
3	2	9	6	14	17	4	1	45	25	4	58	14	4	20	10	38
4	2	79	10	64	45	39	38	1	31	3	18	31	13	5	10	4
5	4	13	89	19	43	4	8	2	47	5	14	10	12	3	41	45
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
1	19	47	23	84	50	20	20	9	27	18	19	14	3	6	51	58
2	22	38	9	21	20	13	14	3	8	9	21	14	1	9	2	4
3	16	4	24	6	12	2	8	17	10	10	18	2	28	9	5	1
4	35	17	36	1	21	7	22	18	48	18	11	54	43	32	1	1
5	23	6	11	3	12	23	1	18	18	30	16	1	10	29	4	3

MUNICIPIO: ECUANDUREO																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	42	3				23	16	28	1	27	3	4	18	18	16	5
2	1	6		2	2	10	15	3	18	13	4	6	8	7	7	9
3		6		6	5	3	1	12	7	3	31	10	6	4	5	17
4		28	1	33	26	8	11	1	11	1	4	10	1	5	10	5
5	1	1	43	2	11				7		1	10	7		6	8
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
1	7	34	2	36	30	1	1	8	1	11	3		2	25	28	
2	21	4	3	7	9	2	6	2			3		2	3	2	2
3	7		7	1		5	1	3	1	10	4	1	17	1		1
4	6	2	9		1	1	6	1	26	15	16	31	15	23	2	
5	3	3	3		4	5		8	8	9	1		1	6	3	

MUNICIPIO: VISTA HERMOSA																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	126	6	2	1	5	66	59	59	13	73	12	28	52	51	29	12
2	3	16	3	3	4	27	34	4	16	51	6	16	26	31	22	10
3	4	15	4	15	34	20	3	74	33	6	77	21	8	18	13	55
4	6	87	8	101	61	30	32		42	4	20	28	13	5	30	13
5	6	11	128	11	38	2	3	8	41	2	15	31	25	3	40	44
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
1	12	72	21	107	77	23	30	11	46	17	21	19	6	5	48	54
2	36	29	14	29	21	10	10	4	4	3	18	7	2	10	7	4
3	12	3	20	4	15	9	14	6	14	17	6	31	12			2
4	50	16	48	2	23	11	19	15	57	28	20	52	42	37	2	
5	35	12	13	3	9	15		24	19	24	10	2	5	22	7	5

En esta tarjeta se realizó una concentración general de resultados, donde se anotaron las veces que se repite el número de respuesta correspondiente a cada pregunta de los cuestionarios aplicados en todo el módulo

CONCENTRADO GENERAL																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	274	19	10	10	11	135	118	153	17	151	29	63	117	88	76	26
2	5	56	5	11	9	59	71	8	43	115	15	38	60	77	49	35
3	6	40	10	35	56	27	5	131	65	13	166	45	18	42	28	110
4	8	194	19	198	132	77	81	2	84	8	42	69	27	15	50	22
5	11	25	260	32	93	6	11	10	95	7	30	51	44	6	87	97
Total	304	304	304	286	301	304	286	304	304	294	282	266	266	228	290	290
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
1	38	153	46	227	157	44	51	20	81	36	51	36	9	13	124	140
2	79	71	26	57	50	25	30	9	12	12	42	21	5	22	11	10
3	35	7	51	11	27	16	18	34	17	34	39	9	76	22	5	4
4	91	35	93	3	45	19	47	34	131	61	47	137	100	92	5	1
5	61	21	28	6	25	43	1	50	45	63	27	3	16	57	14	8
Total	304	287	244	304	304	147	147	147	286	206	206	206	206	206	159	163

## REFERENCIAS

- Análisis de la Situación del Programa de Planificación Familiar Según Datos de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995. Secretaria de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, CONAPO México, octubre de 1995.
- BALDERAS PEDRERO, María de la Luz. Administración de los Servicios de Enfermería, 2ª edición. Ed. Interamericana. México 1994. 257 pp
- BALSEIRO ALMAIRO, Lasty. Investigación en Enfermería. Ed. Acuario, México 1991. 225 pp
- BALSEIRO ALMAIRO, Lasty. Principios de Administración. Ed. Acuario, México 1991. 1991 pp.
- Boletín de Salud Reproductiva. Año 1 num. 0 Sep./Oct. 1996. Secretaria de Salud.
- CHANAUT, Victoria. Migrantes y Aventureros en la Frontera Sur. Ed. SEP-CIESAS. México 1989. 113 pp
- DORLAND. Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. 26ª edición. Ed. Interamericana, México 1991. 1711 pp.
- DR. SCARPITA HERRERA, Arturo. Estudios de la Regulación de la Fertilidad, 7ª edición, Ed. Acep. México 1993. 383 pp.
- ELAYNE N. Gary. La Salud y la Sexualidad. Ed Lidium 1991. 226 pp.
- ESPENCER, Paul. Anticonceptivos Hoy, 2ª edición, Ed. Trillas. México 1992. 200 pp.

- Estrategia de Extensión de Cobertura, Un instrumento para Proporcionar Servicios Básicos de Salud a la Población Rural, Secretaria de Salud, Subsecretaria de Servicios de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva.
- EYSSA TIER DE LA MORE Metodología de la Investigación, Ed. ECASA, México 1993, 177 pp
- GAIL MUMMET, Población y Trabajo en Contextos Regionales, Ed. El Colegio de Michoacán, Zamora Mich. 1990. 214 pp
- HERNANDEZ FIGUEROA, Ramón, Del Campo a la Ciudad, Ed. El Colegio de Michoacán, Zamora Mich. México 1989. 88 pp.
- HERNANDEZ SANPIERY, Roberto, Metodología de la Investigación, Ed. Interamericana, México 1995, 505 pp.
- Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005 SSA2-1993), México 1994.
- Libro-Guia para Auxiliares de salud de la EEC PLANIFICACION FAMILIAR, Dirección General de Salud Reproductiva, Subsecretaria de Servicios de Salud, Secretaria de Salud, México, Sep. 1994.
- LOPEZ CASTRO, Gustavo La Casa Dividida, Ed. El Colegio de Michoacán, Zamora Mich. 1992 169 pp. (Un estudio de casos sobre la migración a E.U. en un pueblo michoacano).
- PISCK, Susan Como Investigar Ciencias Sociales, 5ª ed. Ed. Trillas México 1994, 160 pp.
- Poder Ejecutivo Federal, Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, Programa de Reforma del Sector Salud, México 1996.

- Programa Operativo del Convenio Especifico de Colaboración ENEO-DGSR. De ENEO-UNAM, México, Junio de 1996.
- PRODUSSEP. El Derecho de la Salud en México. Una Mirada Desde la Sociedad Civil, en Justicia y la Paz. No. 18 México D. F. Abril-Junio 1990. 52 pp.
- RONALL M. Investigación de Mercado. Ed. Printed Holl, México 1996, 540 pp.
- ROPER, Nancy. Diccionario de Enfermería. 16ª edición, Ed. Interamericana. México 1994. 449 pp.
- SECRETARIA DE SALUD. Manual de normas y Procedimientos Operativos para el Programa de Planificación Familiar. Ed. Consorcio Editorial Litográfico, S. A. de C. V. México 1992. 203 pp.
- SECRETARIA DE SALUD. Programa de Salud Reproductiva 1996. México 1996. 51 pp.
- TORRES LAGUNAS, Maria de los Angeles. La Repercusión de Algunos Factores del Macroambiente en la Incidencia de Defectos al Nacimiento en 300 Recien Nacidos en el Area de Influencia del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del ISSSTE. Tesis. México 1989. 277 pp.
- V. KEMPER, Robert. Campesinos en la Ciudad. Ed. El Colegio de Michoacán, Zamora Mich México 1991. 157 pp.
- WAYNE A. Cornelius. Los emigrantes de la crisis. Ed. El Colegio de Michoacán, Zamora Mich México 1990. 128 pp.