



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO
DE HIDALGO.**

**INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y
HUMANIDADES.**



AREA ACADEMICA DE TRABAJO SOCIAL.

TESINA

**PARA OBTENER EL TITULO DE TRABAJADOR
SOCIAL.**

**“FUNCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LAS ACCIONES DE
SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR CON LA
POBLACIÓN URBANO MARGINADA DE LA COMUNIDAD DE
NOPALILLO, MUNICIPIO DE EPAZOYUCAN, HIDALGO”.**

**PRESENTADO POR:
P.T.S. ALEJANDRA PAREDES AVILA.**

ASESOR: L.T.S. MARIA DEL CARMEN NAVIA RIVERA.

NOVIEMBRE 2006

DEDICATORIAS

ADIÓS.

Gracias por el don de la vida, iluminar mi camino y permitirme cumplir mis metas y propósitos.

A MI MADRE.

Quiero agradecerte el gran ejemplo que eres para mi y por todo el apoyo incondicional que he recibido, por que siempre he contado contigo en todo lo que he realizado, por entusiasmartme con mis planes y hacerlos tuyos, por entenderme y amarme por sobre todas las cosas, por motivarme e impulsarme a ser mejor cada día, por ser la fuerza que impulsa mi vida. TE QUIERO MUCHO.

A MI PADRE.

Quiero compartir este logro contigo, por tu incondicional apoyo durante este proceso y a lo largo de mi vida, por tratar de entenderme, solo me queda agradecerte. TE QUIERO MUCHO.

A MI ESPOSO.

Por que formas parte de mi vida y esto hace que nuestros planes y proyectos se unan en uno mismo, comparto contigo este momento, tal vez para otros no signifique nada, pero para mi es la realización de una de mis metas y el principio de sentirme realizada como profesionista, por todo esto, agradezco tu apoyo, confianza y comprensión. TE AMO.

A MI HIJA.

A la que agradezco su comprensión, por esas horas de ausencia, en las que era mi fuerza y motor para continuar; culminando con éxito un reto mas en nuestras vidas. TE AMO.

A MIS HERMANOS.

Por que siempre que estoy con ustedes han llenado mi vida de alegría al contar con su apoyo, los QUIERO MUCHO.

A MIS SUEGROS.

Por brindarme su apoyo incondicional y hacer más fácil el camino para la culminación de este sueño. GRACIAS.

A MIS FAMILIARES.

Que directa o indirectamente me han dado el apoyo y me motivaron para salir adelante.

A MI ASESORA.

L.T.S. Ma. Del Carmen Navia Rivera, por su apoyo y estímulo en la realización de esta investigación, por su tiempo empleado en la revisión de la misma, expreso a usted mi más sincero agradecimiento.

FUNCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LAS ACCIONES DE SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR CON LA POBLACIÓN URBANO MARGINADA DE LA COMUNIDAD DE NOPALILLO, MUNICIPIO DE EPAZOYUCAN, HIDALGO.

INDICE CONTENIDO.

	Pág.
INTRODUCCIÓN.	
CAPITULO I. METODOLOGIA DE INVESTIGACIÓN	5
1.1 Planteamiento del problema.	5
1.2 Justificación.	
1.3 Objetivos.	6
1.4 Objetivos Específicos.	
1.5 Hipótesis e identificación de variables.	7
1.6 Metodología.	7
1.7 Análisis e interpretación de los datos.	9
1.8 Presentación de los datos.	31
CAPITULO II. MARCO HISTORICO.	33
2.1 Antecedentes de la comunidad.	33
2.1.1 Antecedentes de la planificación familiar.	35
2.1.2 Antecedentes de las acciones de salud Reproductiva y Planificación Familiar.	39
2.2 Marco conceptual	40
2.2.1 Concepto de marginación.	40
2.2.2 Concepto de salud reproductiva y Planificación Familiar.	40
2.2.3 Indicaciones básicas de las acciones.	41
2.3 Marco referencial.	48
2.3.1 Marginación y planificación familiar	48

CAPITULO III.

EL TRABAJADOR SOCIAL COMO ORIENTADOR SOBRE SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR CON LA POBLACION URBANO MARGINADA DE NOPALILLO, MUNICIPIO DE EPAZOYUCAN, HIDALGO.

3.1 Proceso de comunicación.	50
3.2 Etapas del proceso de comunicación.	51
3.3 Barreras de la comunicación.	52
3.4 Formas de la comunicación.	53
3.5 Elementos técnicos y metodológicos de la Consejería.	56
3.6 Desarrollo profesional del trabajador social.	57
3.7 Perfil del trabajador social.	58

CAPITULO IV.

INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA COSEJERIA SOBRE SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR CON LA POBLACIÓN URBANO MARGINADA DE NOPALILLO, MUNICIPIO DE EPAZOYUCAN, HIDALGO.

4.1 Concepto de trabajo social.	59
4.2 El trabajador social en el proceso de Educación para la salud.	60
4.3 Metodología de trabajo social.	62
4.3.1 Trabajo social de casos.	62
4.3.2 Trabajo social de grupos.	63
4.3.3 Trabajo social de comunidad.	65

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.	66
-----------------------------------	----

CONCLUSIONES.	72
----------------------	----

ANEXOS.	73
----------------	----

BIBLIOGRAFIA.	81
----------------------	----

INTRODUCCIÓN.

Una de las inquietudes que tengo como trabajadora social es conocer las causas por las cuales las parejas en edad fértil, con características de un bajo nivel económico y cultural no utilizan métodos de planificación familiar que les permitan llevar una vida sexual y familiar plena.

En México los programas de planificación familiar denominados actualmente de salud reproductiva y planificación familiar tienen como finalidad que las parejas, no solo la mujer participen de manera conjunta en las decisiones para elegir el número de hijos que desean, el método mas adecuado a sus características y necesidades y sobre todo contar con información completa, útil e importante sobre su salud reproductiva con el único interés de que vivan informados y capacitados para vivir una vida no solo sexual, sino emocional, familiar y económica plena dentro del contexto de su salud reproductiva y su planificación familiar.

Así estos programas cuentan con la participación de equipos conformados por médicos, enfermeras y trabajadores sociales quienes tienen el compromiso y responsabilidad de atender a la población brindándoles información suficiente acerca de su salud reproductiva.

El papel del trabajador social encargado de las acciones de salud reproductiva y planificación familiar en las instituciones publicas de salud es el de crear y mantener una buena comunicación con los usuarios, con la finalidad de transmitir mensajes de interés que los conduzcan a transformar y construir mejores niveles de vida en función a su medio familiar, social y emocional.

CAPITULO I METODOLOGIA DE INVESTIGACION.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Esta investigación se pretende realizar en la comunidad de Nopalillo, municipio de Epazoyucan, Hgo.

Entenderemos por definición de Trabajo Social “Es una modalidad operativa de actuación con individuos, grupos o comunidades, para la realización de una serie de actividades destinadas a resolver problemas, satisfacer necesidades o para atender a sus centros de interés.

Las tareas de acción social y la prestación de servicios son realizados, en cuanto a sus objetivos tácticos, con un alcance asistencial, rehabilitado o preventivo. En este aspecto el trabajo social es una forma de movilización de recursos humanos”. (1)

De igual manera 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.(2).

Esto quiere decir que en la actualidad toda la población debe tener acceso a una información amplia y a una gama completa de servicios de salud reproductiva accesibles.

El problema de la planificación familiar de los hombres y las mujeres que viven en la marginación, reside en que esta población vive de manera distinta en la sociedad, en relación con la población de otros niveles económicos, sociales, culturales, políticos y geográficos.

Lo que influye en la dedición de utilizar algún método anticonceptivo ya que en sectores marginados la información por parte de los servicios de salud es insuficiente y no se logra una concientización por lo que el índice de embarazos no deseados en adolescentes aumenta constantemente.

El uso de métodos anticonceptivos ha sido en aumento en las áreas rurales se observan patrones de uso de métodos anticonceptivos muy bajos lo que refleja la magnitud del reto que enfrentan los servicios de planificación familiar de dichas localidades.

¿Cual es la función del trabajador social ante esta problemática?

(1) Diccionario de trabajo social
Ezequiel Ander-Egg Lumen 1995.
pp.296

(2) Consejo nacional de población. Ley general de población y reglamento de la ley general de población.
pp.2 y 8.

1.2 JUSTIFICACION

Esta investigación surge al estar realizando mis prácticas escolares en esta comunidad y percatándome de la falta de información con que la gente cuenta, así como la necesidad de crear un programa en donde trabaje conjuntamente un equipo multidisciplinario estando presente la función del trabajador social en las actividades que se lleven a cabo y así fomentar una cultura de prevención de embarazos no deseados, utilizando métodos anticonceptivos, impulsando así el desarrollo de la comunidad.

Este estudio se realiza con el fin de conocer por que una pareja en edad fértil no utiliza métodos de planificación familiar en esta comunidad.

Así como conocer porque los adolescentes no son orientados hacia una sexualidad responsable.

Va encaminado a que las mujeres en edad fértil de esta comunidad se den cuenta de la importancia de estar informadas, así como de implementar un programa en donde se informe y oriente a las personas sobre los métodos anticonceptivos.

I.3 OBJETIVO GENERAL.

Conocer qué influye en la población de Nopalillo en la decisión para utilizar de manera oportuna los métodos anticonceptivos más adecuadas a su estado físico, emocional, psicológico y social.

I.4 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Establecer estrategias que mejoren la promoción, información y orientación para que las mujeres elijan de manera conciente el método anticonceptivo que desean utilizar.
- Reducir el número de embarazos no deseados, no planeados o de alto riesgo.
- Contribuir a la prevención del aborto y a la disminución de la morbi-mortalidad materna y peri natal.
- Fortalecer la estructura familiar, propiciando una actitud responsable de los hombres y de las mujeres hacia la sexualidad y la reproducción.

I.5 HIPOTESIS E IDENTIFICACION Y DEFINICION DE VARIABLES.

H-1 La situación en relación a la edad, estado civil, ocupación , desempleo, religión, número de hijos, número de embarazos, número de abortos, experiencia anticonceptiva, cultura, valores, tradiciones, costumbres, mitos, creencias, situación económica, la salud, la pareja y la familia, son factores que limitan o impiden el uso de métodos de planificación familiar a la población marginada de Nopalillo, Hgo.

VARIABLE INDEPENDIENTE: La edad, estado civil, ocupación y desempleo, religión, número de hijos, número de embarazos, numero de abortos, experiencia anticonceptiva, cultura, valores, tradiciones, costumbres, mitos, creencias, situación económica, la salud, la pareja y la familia.

VARIABLE DEPENDIENTE: Limitan o impiden el uso de métodos de planificación familiar de la población marginada de Nopalillo, Hgo.

I.6 METODOLOGIA.

El tipo de estudio a realizarse será exploratorio, aplicando el método cuantitativo hasta encontrar la frecuencia de los factores que limitan o influyen en el uso de métodos anticonceptivos.

Se determinara una muestra con un grupo preformado de mujeres del programa de oportunidades, considerando a un total de 34 mujeres en edad fértil.

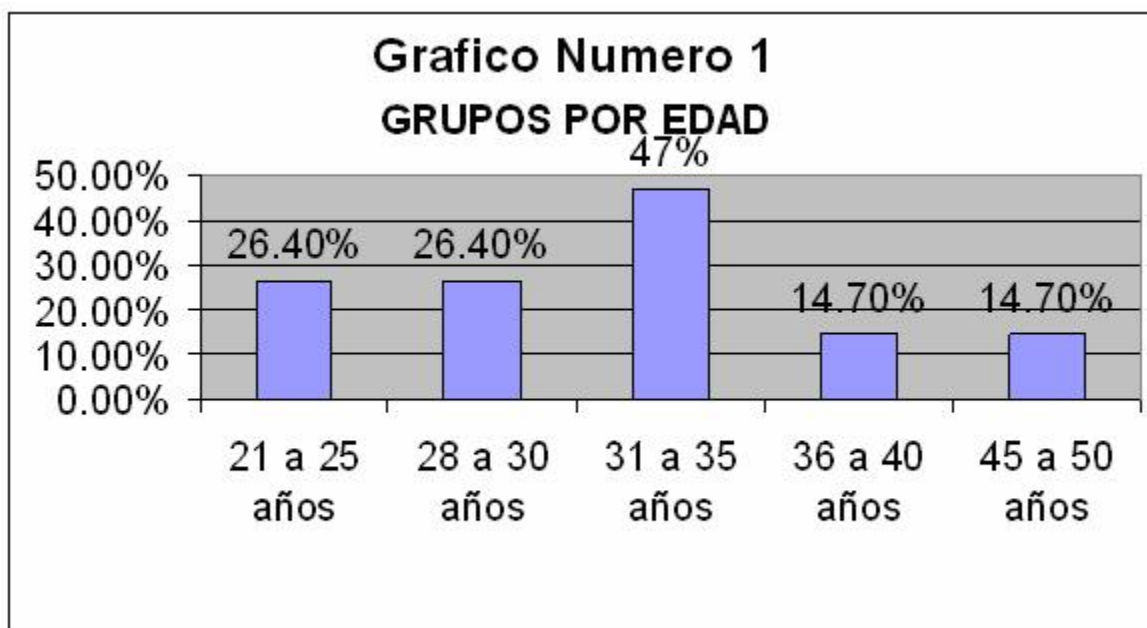
El instrumento de recolección de datos será de un cuestionario integrado por preguntas, será una muestra representativa de la comunidad, las cuales se aplicaron mediante una entrevista indirecta, por la líder del grupo.

Con el fin de conocer las causas que motivan a la población a no utilizar métodos anticonceptivos, para la contextualización el problema se incluyeron datos obtenidos en las diferentes instituciones que al problema competen, como centro de salud, presidencia municipal, con la finalidad de tener una mayor información sobre el número de población y en específico las mujeres en edad fértil y así poder determinar una muestra.

En cuanto al trabajo de campo se llevara a acabo mediante técnicas como son encuestas, observación, entrevista, con el fin de tener un acopio de testimonios escritos, las preguntas serán cerradas en este caso, será una muestra representativa de la comunidad.

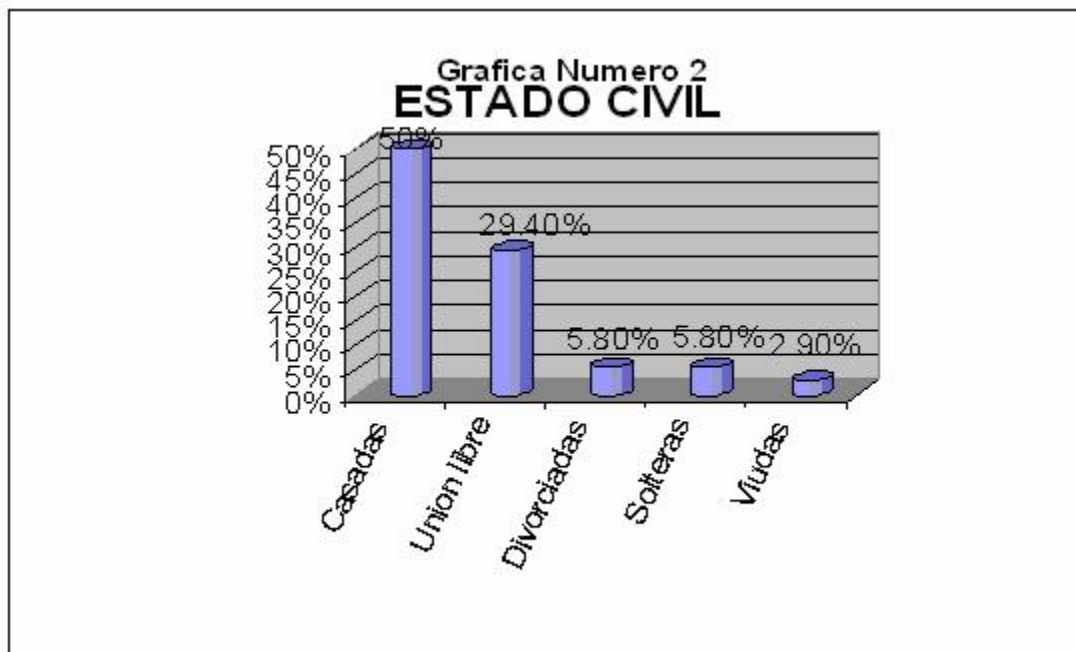
1.7 ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS.

En la determinación de la muestra se consideraron 34 mujeres en edad fértil, a quienes se les aplicó una encuesta a través de un cuestionario de preguntas cerradas y abiertas obteniendo los siguientes resultados.



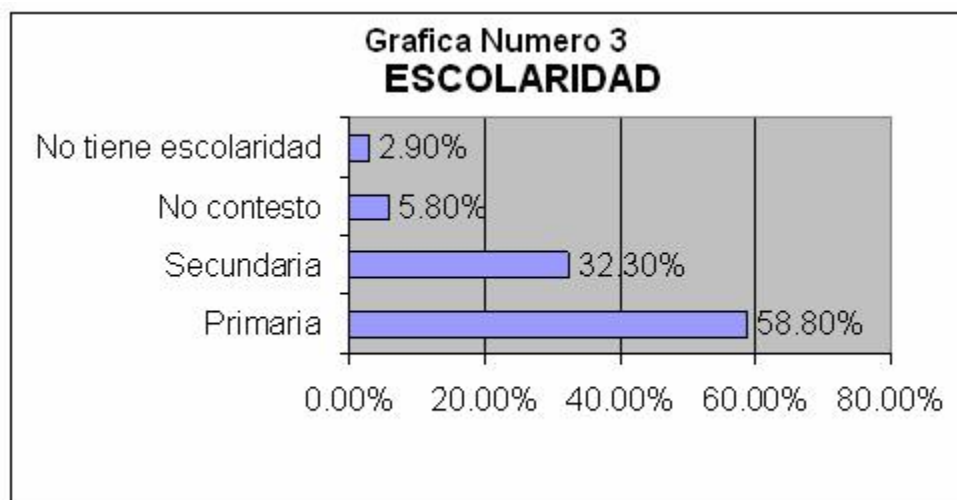
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

De acuerdo con la grafica que precede se muestra que la edad de mujeres que predomina son de 31 a 35 años con un 47% mientras que el menor es el 14.7% son mujeres de mayor edad, con relación al 52.8% que representa a la población de entre 21 a 30 años, el 14.7% son de 36 a 40 años.



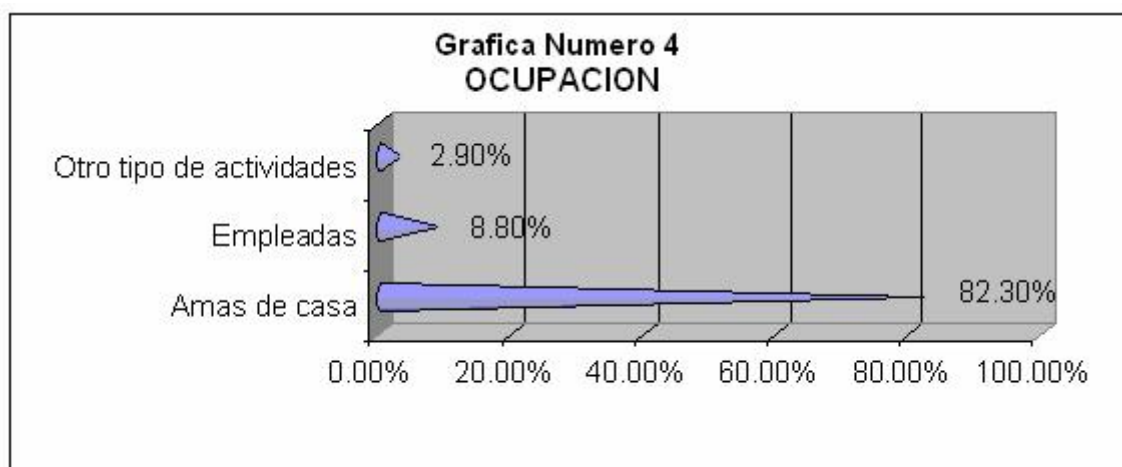
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

En la comunidad la vida en pareja a temprana edad es muy frecuente por lo que inhibe el desarrollo educativo y social de la población, de las mujeres encuestadas el 79.4% son casadas o viven en unión libre, el 5.8% son divorciadas y solo el 8.7% son solteras.



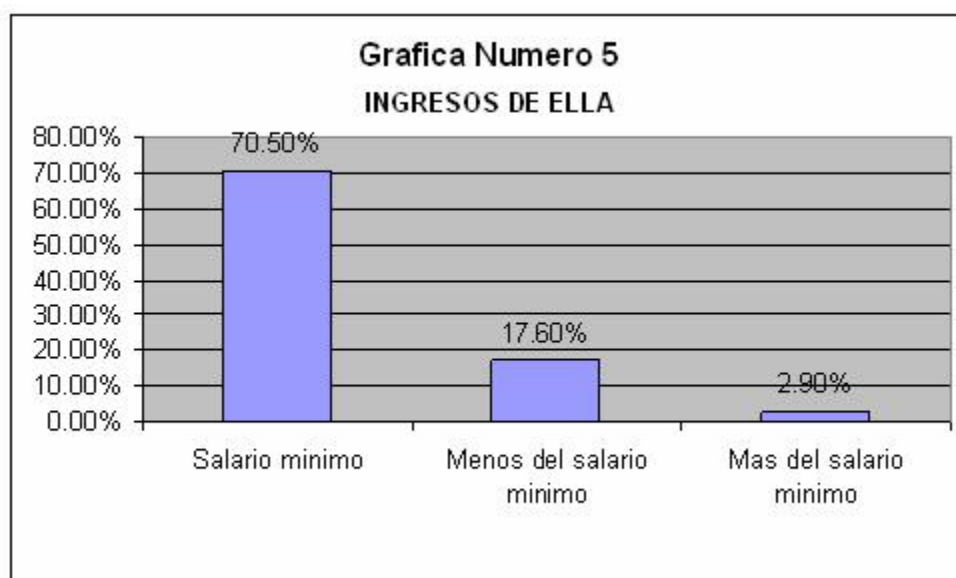
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

En cuanto al grado de escolaridad muestra que el 91% solo estudio la primaria y la secundaria, el 2.9% manifiesta no haber estudiado, mientras que el 5.8% no contesto, teniendo un bajo nivel académico, teniendo como consecuencia la falta de interés y de información sobre temas de importancia para ellos



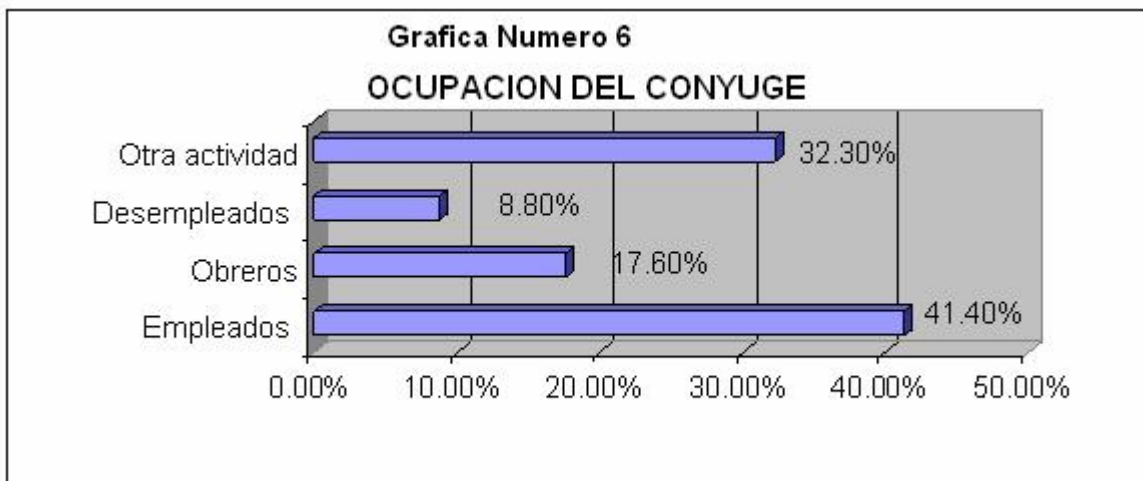
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

La falta de empleo ocasiona que las familias no satisfagan las necesidades básicas en su hogar, en la comunidad el 82.3% de las mujeres entrevistadas son amas de casa, mientras que el 11.75 tiene otro tipo de actividad que realiza por su cuenta para salir adelante y brindarles a sus hijos un mejor nivel de vida.



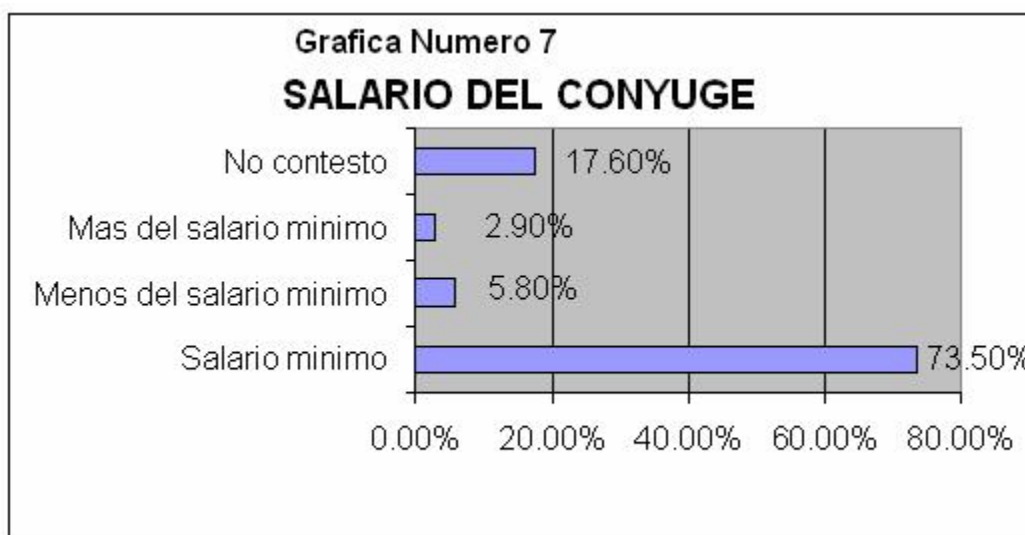
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

En la actualidad existen mujeres que no solo se dedican a se amas de casa, empleándose en diversas actividades que desempeñan por lo general en la ciudad de Pachuca, con el fin de alcanzar a satisfacer sus necesidades básicas, sin embargo el 70.5% manifiestan percibir el salario mínimo por lo que este no alcanza a cubrir sus necesidades, mientras que el 17.6% reciben menos del salario mínimo, solo el 3.9% recibe mas del salario mínimo logrando con esto abastecerse de lo necesario.



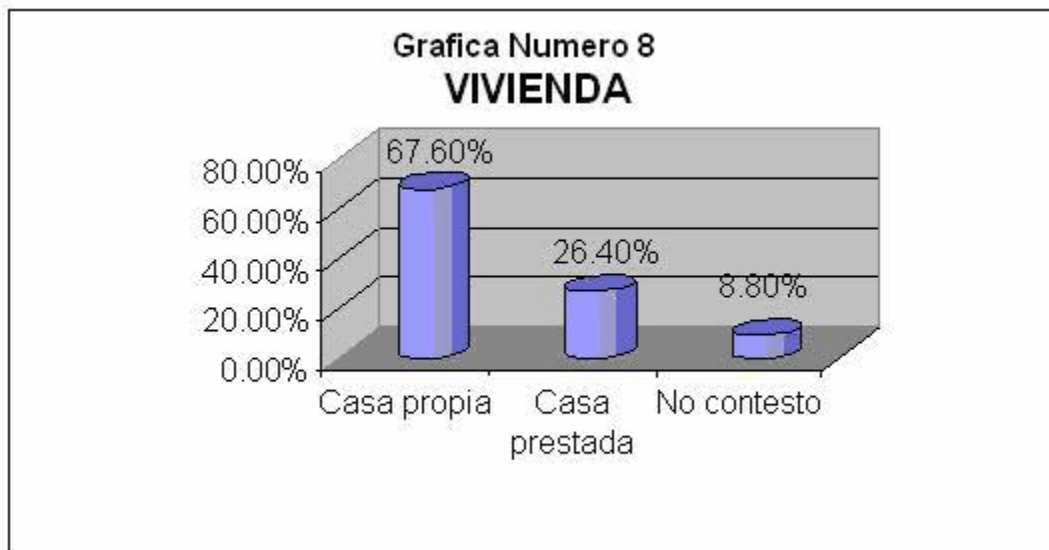
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

En la comunidad no hay muchas oportunidades de trabajo por lo que la población tiene que salir a buscar trabajo a comunidades aledañas, el 59% de los esposos son empleados u obreros que trabajan en la ciudad de Pachuca, logrando con esto un mejor nivel de vida para sus familias, mientras que el 41.1% se dedican a otra actividad como el campo o están desempleados.



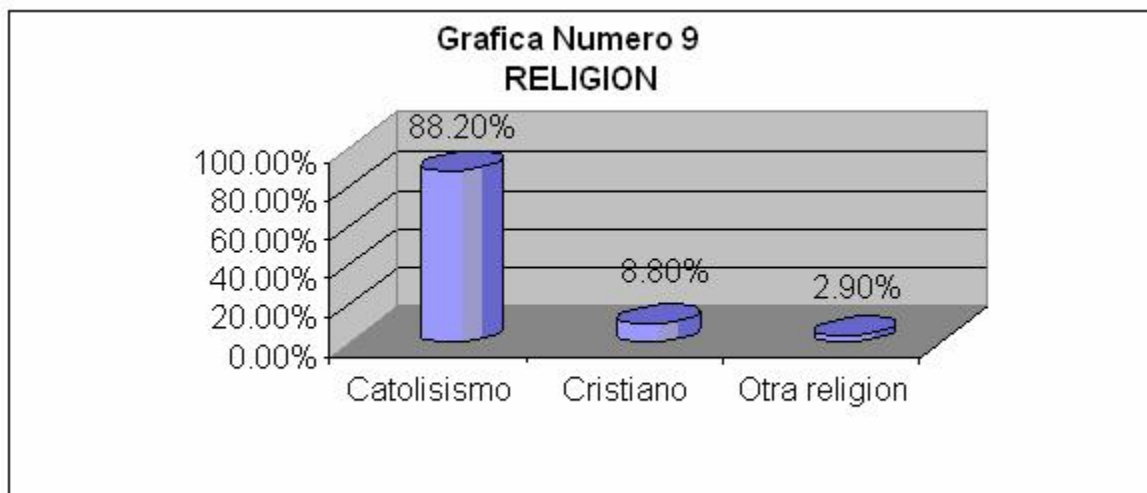
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

La falta de empleo aunado al bajo salario son causas que originan que las familias no alcancen a satisfacer las necesidades básicas en sus hogares, en esta grafica se muestra que el 79.3% de los cónyuges perciben el salario mínimo o menos, el 2.9% perciben más del salario mínimo logrando con este un mejor nivel de vida para sus familias.



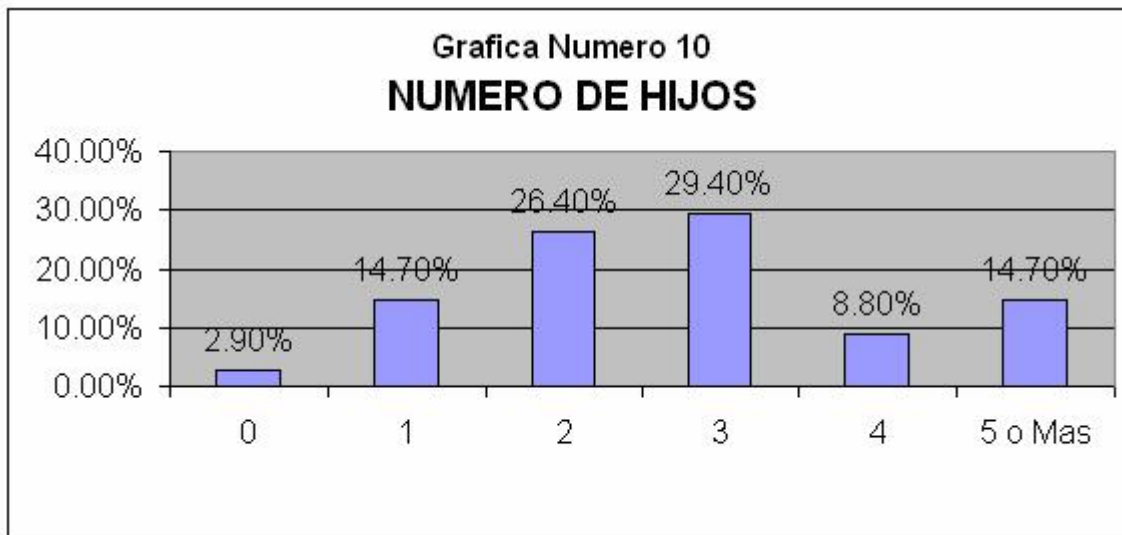
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

De las casas que habitan las personas encuestadas, el 67.6% manifiestan vivir en una casa propia, brindándoles a sus hijos un lugar propio y seguro donde vivir, el 26.4% viven en casas prestadas obstaculizando el desarrollo de las familias, el 8.8% no contesto.



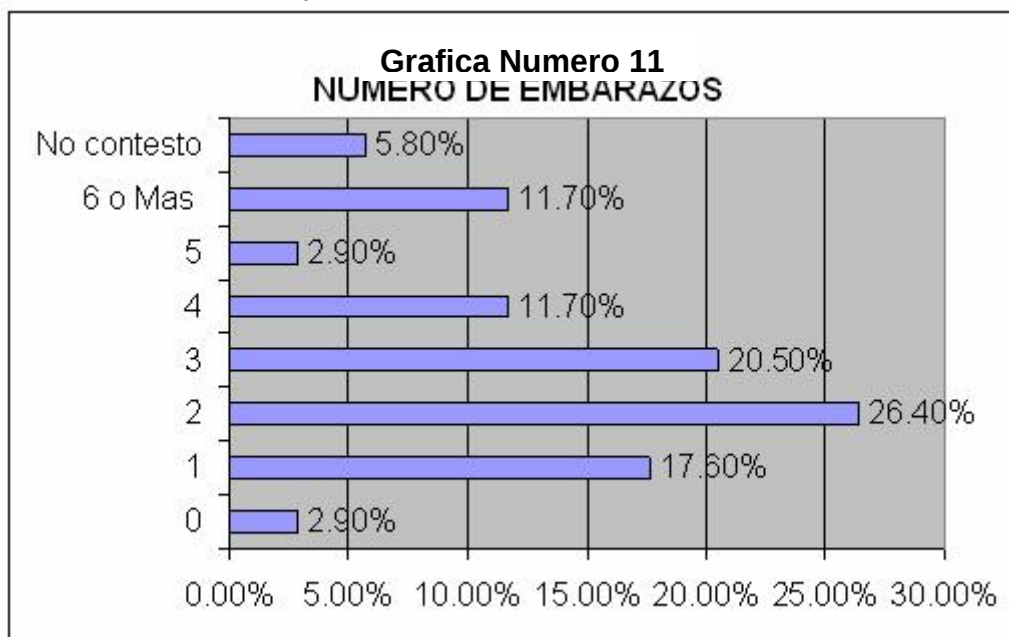
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

La mayor parte de la población en un 88.2% profesa el catolicismo, con relación al 11.7% que pertenece a otra religión, siendo una población católica en su mayoría.



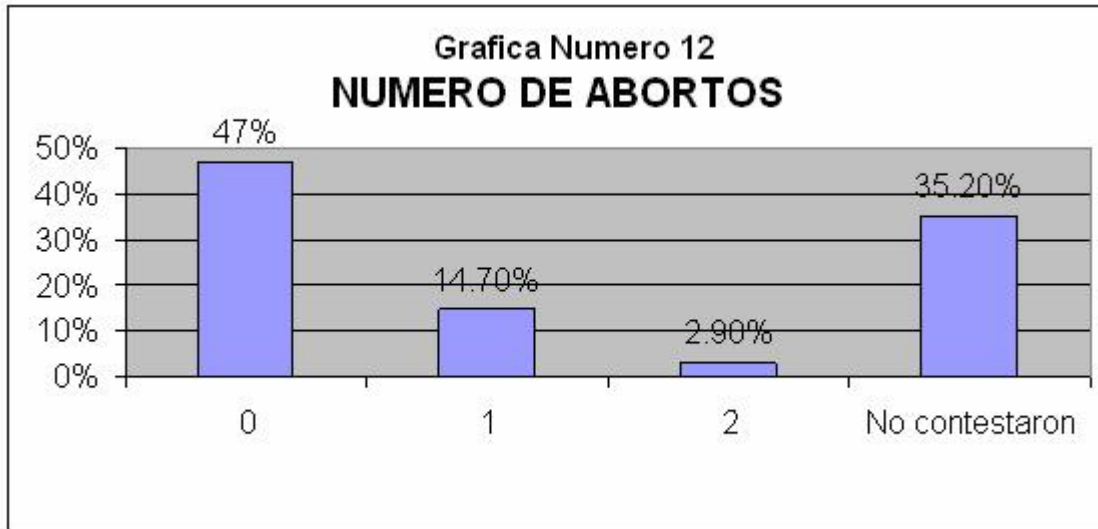
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

El gran número de hijos limita el desarrollo económico, académico y social de estos, tomando en cuenta que la familia pequeña vive mejor, en la comunidad la mayoría de las familias el 55.8% tienen entre dos y tres hijos en relación con el 14.7% solo tienen un hijo, siendo familias nucleares por lo contrario el 23.5% tienen entre cuatro y cinco hijos siendo más difícil el sustento económico de la familia, el 2.9% no tiene hijos.



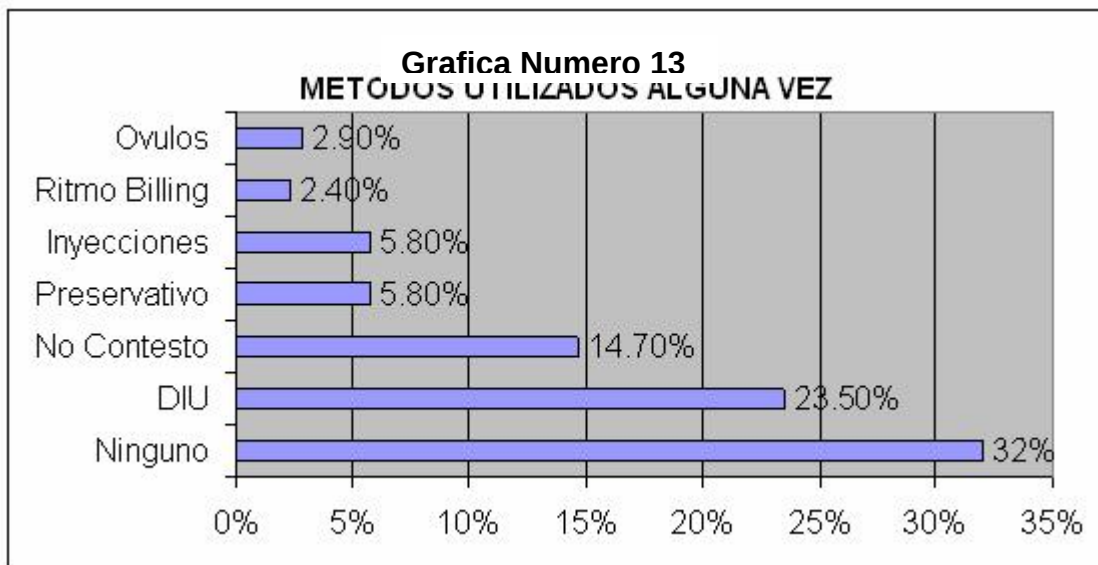
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

La mayor parte de las mujeres en un 64.5% manifiestan haber tenido entre 1 a 3 hijos considerando así brindarles una mejor oportunidad de vida, mientras que el 26.3% tiene cuatro o más hijos privándolos de una mejor educación, vivienda y salud, el 2.9% manifiesta no haber tenido hijos.



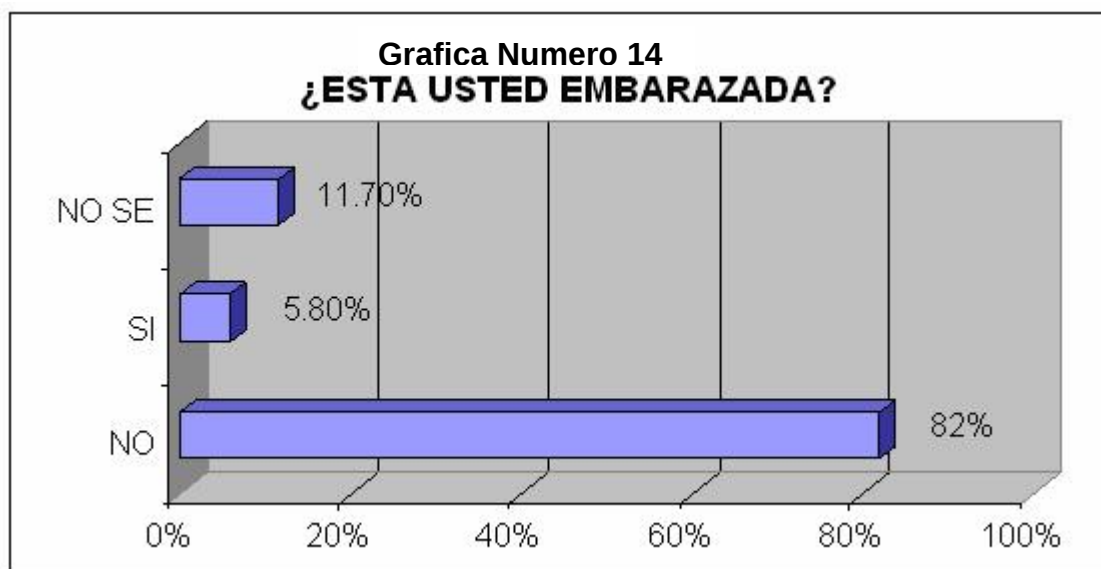
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

En la comunidad el aborto no es aceptable por lo que en un 47% no ha tenido abortos, mientras que un 17.6% ha tenido de uno a dos abortos por problemas durante el embarazo o por situaciones ajenas a ellas, mientras que el 35.2% no contesto la pregunta.



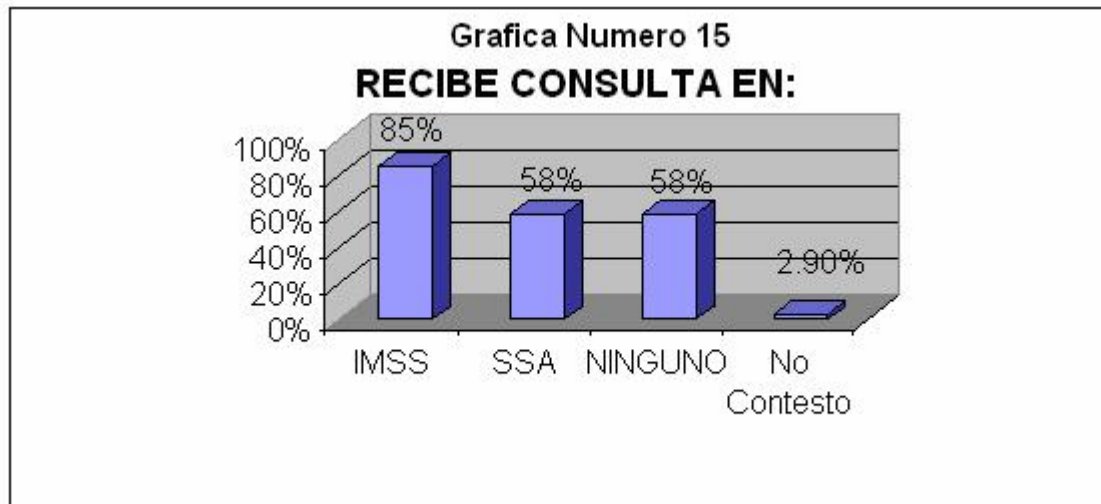
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

En la comunidad las mujeres por miedo o falta de información refieren en un 32% no haber utilizado métodos anticonceptivos en relación al 40.3% que alguna vez en su vida utilizo diferentes métodos de planificación, logrando con esto decidir en pareja cuando y cuantos hijos quieren tener



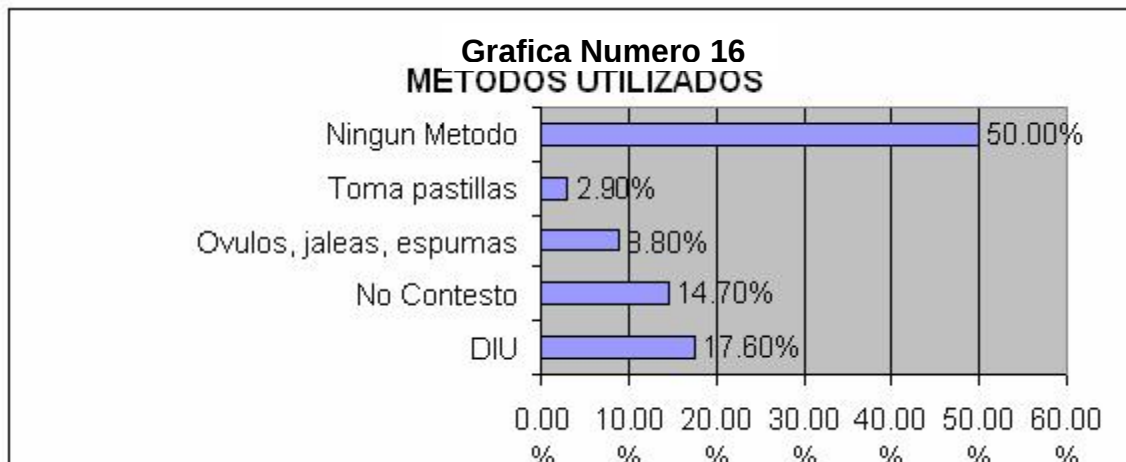
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

En la comunidad una mujer se siente plena con el número de hijos que procrea, por lo que en la actualidad el 82% refieren no estar embarazada, mientras que el 5.8% asegura si estarlo considerando que cuenta con los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas de su familia, el 11.75 no sabe si esta embarazada.



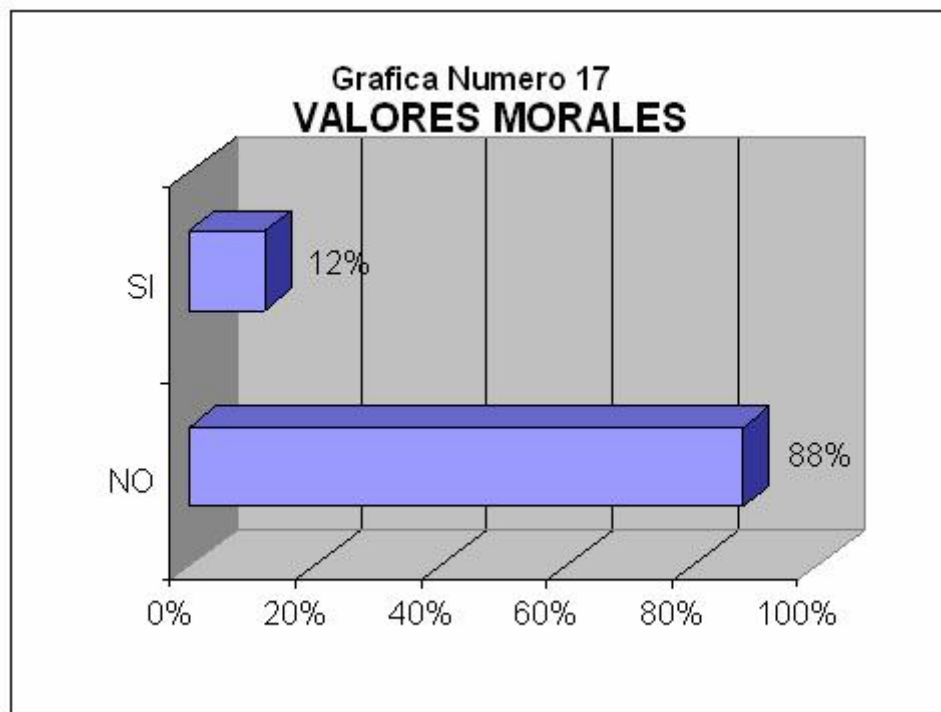
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

La gran mayoría de la comunidad forma parte del programa de oportunidades, por lo que el 85% recibe atención medica en el IMSS, el 58% de acude a recibir sus consultas el SSA, el 2.9% no contesto la encuesta, esto les permite tener acceso a una institución en donde se les brinde el servicio y la información que requieren.



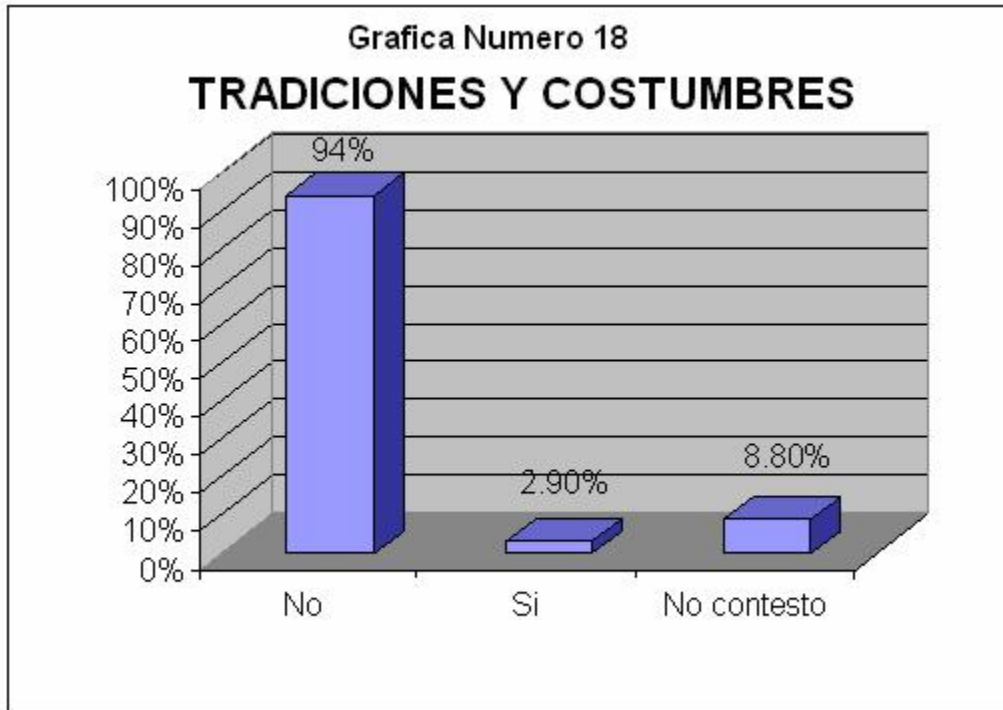
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo en el mes de mayo de 2006.

De las mujeres encuestadas el 50% refiere no utilizar ningún método anticonceptivo, aumentando así el riesgo de un embarazo no deseado, mientras que el 29.35 de manera responsable utiliza alguno de los métodos anticonceptivos y prevenir así contraer alguna enfermedad de transmisión sexual así como un embarazo no planeado, el 14.7% no contesto.



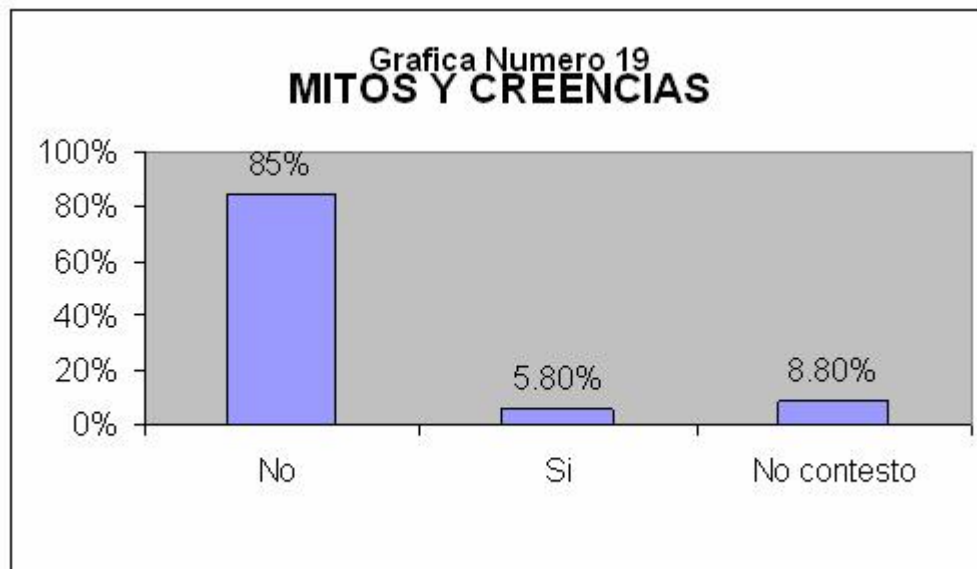
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

En esta comunidad los valores son muy importantes y se transmiten de padres a hijos, más sin embargo para las mujeres en un 88% estos no impiden que utilicen métodos anticonceptivos, mientras que el 12% confunde el significado del valor de la responsabilidad y el 12% considera que si intervienen.



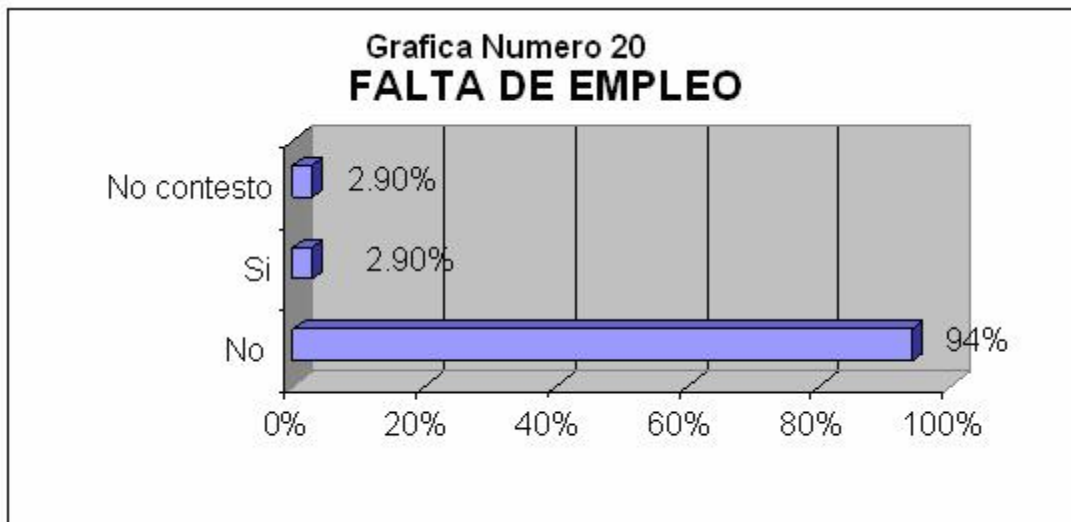
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

Las tradiciones y costumbres están muy arraigadas en la población, sin embargo el 94% considera que no son un impedimento en la decisión de utilizar algún método anticonceptivo, el 2.9% considera que al usar un método de planificación familiar va en contra de sus costumbres, el 8.8% no contesto.



FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

La población en general tiene ciertos mitos o creencias de la utilización de los métodos de planificación familiar, creyendo que estos pueden repercutir en su salud, sin embargo el 94% esto no interviene en la decisión de utilizar algún método de planificación, mientras que el 2.9% considera que si, el otro 8.8% no contesto.



FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

La falta de empleo en muchos sectores de la población es un impedimento para utilizar métodos de planificación familiar, sin embargo en esta comunidad un 94% de la población encuestada considera que no es un impedimento ya que en el centro de salud estos son gratuitos, mientras que un 2.9% que para usarlos es necesario tener dinero para adquirirlos, el 2.9% no contesto.



FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

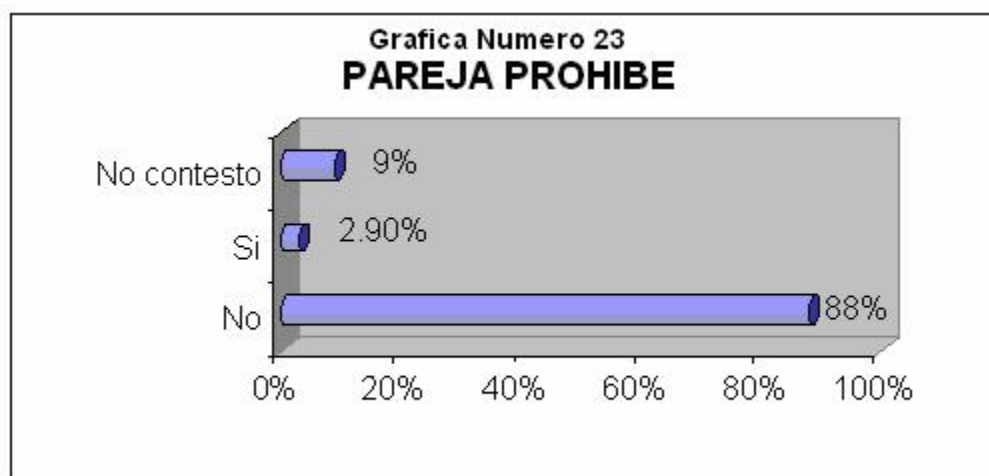
Su situación económica no es una limitante para utilizar métodos de planificación familiar a si lo manifiestan el 88.2% ya que existen programas en donde se otorgan de manera gratuita, sin embargo el 8.8% considera que le resultan muy costoso el adquirirlos por esta razón no los utilizan, el 2.9% no contesto.



FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

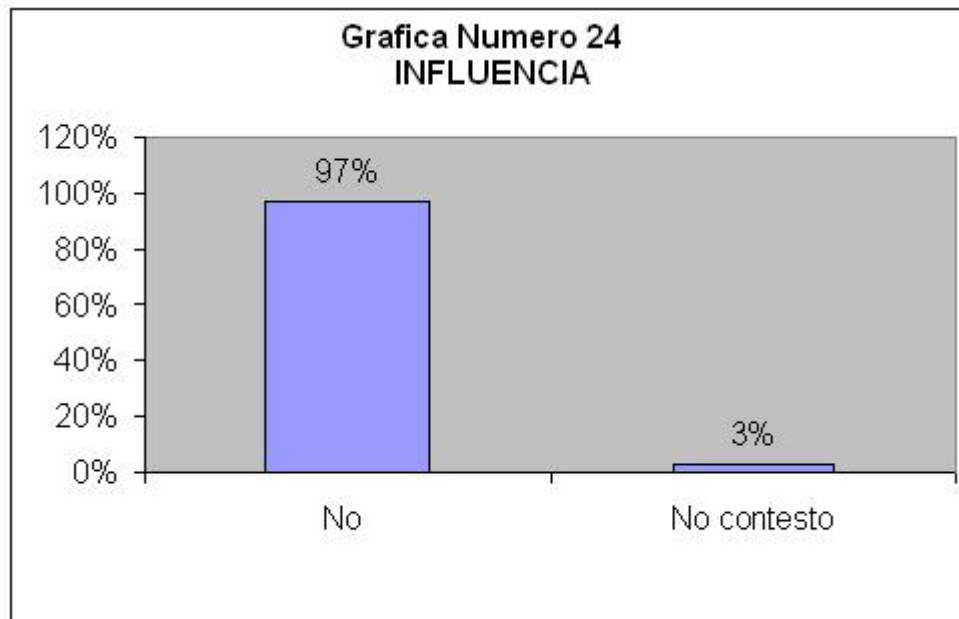
En la actualidad los métodos anticonceptivos son recomendados para cualquier tipo de personas no importando el estado físico de la persona, sin embargo el 97% de la población encuestada considera que ningún problema de salud le impide el uso de métodos, mientras que el 3% por falta de información no contesto.

El 97% de las mujeres refieren que ningún problema de salud les afecta para utilizar algún método anticonceptivo mientras un 3% no contesto.



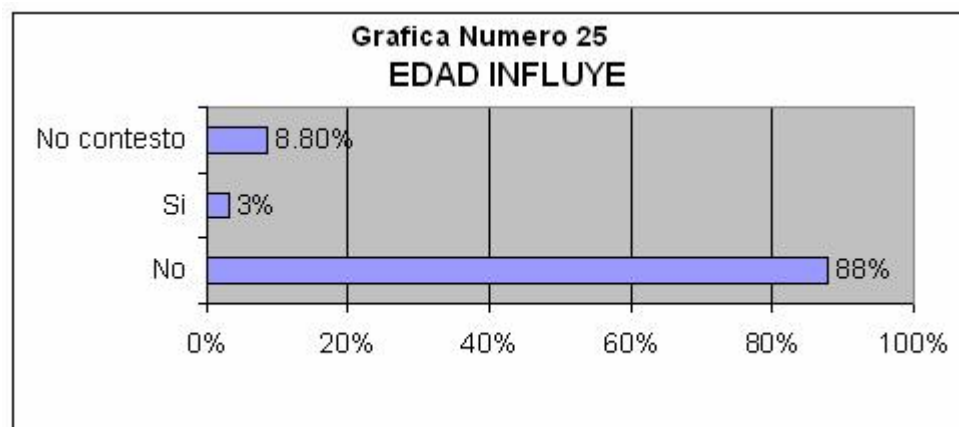
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

En la actualidad la toma de decisión sobre cuantos hijos una pareja desea tener no solo corresponde a los hombres, el 88% de las mujeres, sus parejas no les impiden utilizar algunos métodos anticonceptivos, la falta de información y carácter limitan la toma de decisión de algunas mujeres, por lo que el 2.9% sus parejas si les impiden el uso de métodos anticonceptivos, el 9% de las mujeres no contesto.



FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

La toma de decisión en la utilización de los métodos anticonceptivos le corresponde solo a la pareja interesada, por lo que en la actualidad la familia no debe de intervenir en esta decisión, así lo manifiesta el 97% de la población, el 3% no contesto.



FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

Las mujeres conocen que en la actualidad existen métodos anticonceptivos de acuerdo a las necesidades de cada mujer, teniendo claro que la edad no es un impedimento para utilizarlos así lo refiere un 88% de la población encuestada, mientras que el 3% manifiesta que si lo es, el 8.8% no contesto.



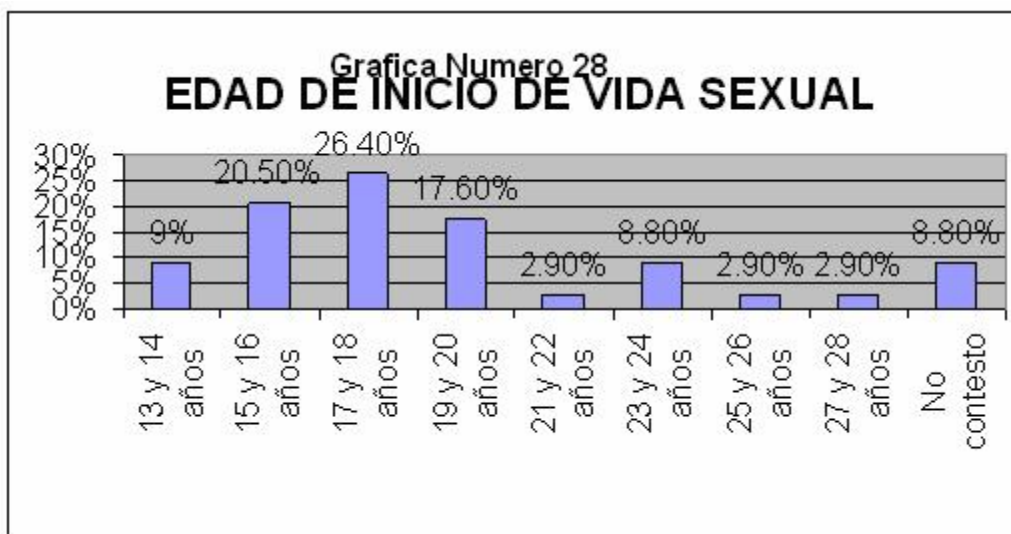
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

En la actualidad la religión toma un papel muy importante en este tema ya que algunas religiones están de acuerdo en el uso de métodos anticonceptivos para evitar la sobrepoblación y como consecuencia la pobreza en las familias, el 97% de las mujeres refiere que su religión no les impide utilizar métodos anticonceptivos, mientras que el 3% no contesto.



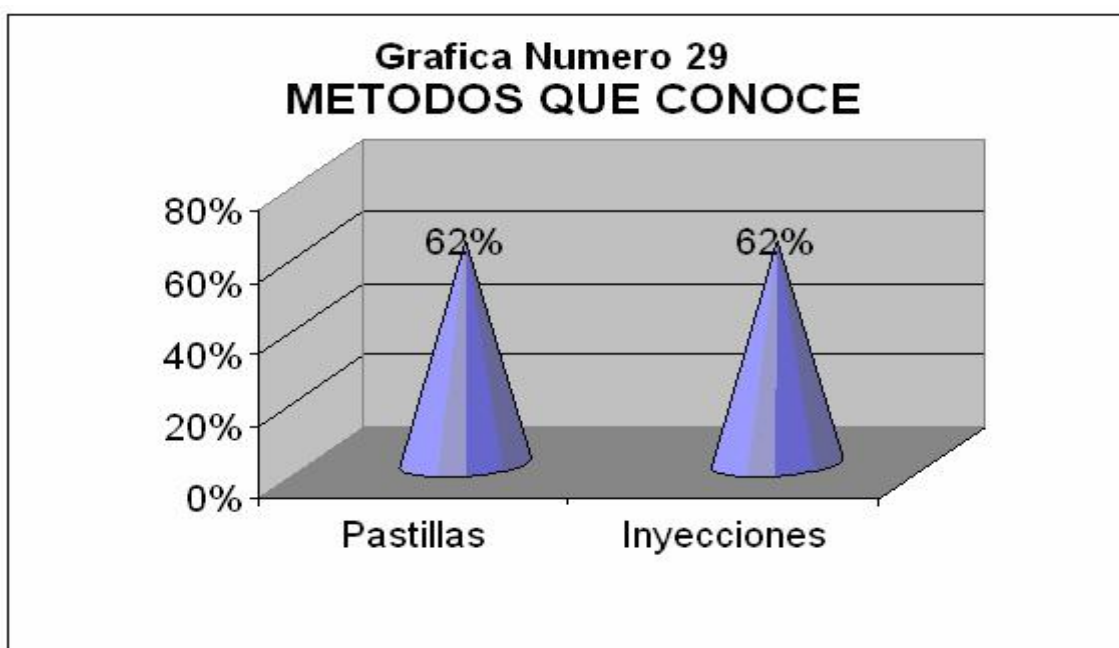
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

En la actualidad existen métodos anticonceptivos de acuerdo al estado físico de cada persona, por lo que el 76.4% considera no temer a las reacciones que puedan tener en su cuerpo, alterando así su salud, mientras que el 11.7% tienen miedo a que los métodos tengan alguna reacción en su cuerpo.



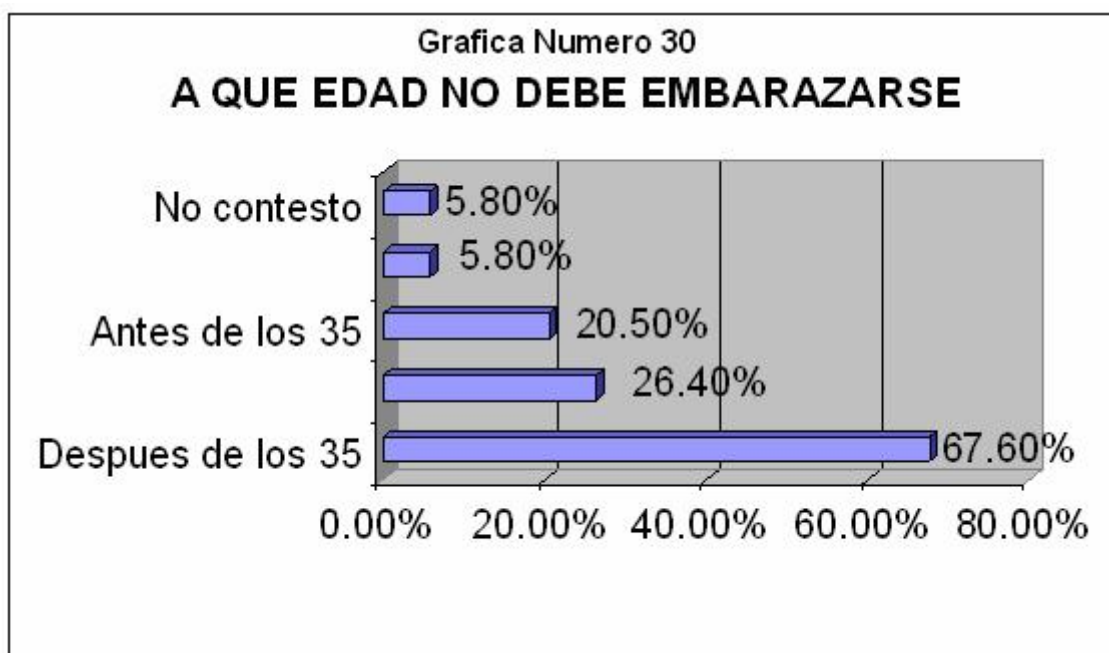
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

En algunos lugares de nuestra población existe el desinterés de los padres hacia sus hijos, no brindándoles la orientación y la información necesaria para iniciar una vida sexual con responsabilidad, en el tiempo y momento más adecuado encontrando así que el 55.9% de la población encuestada inicia su vida sexual entre los 13 y 18 años de edad, pocas son las mujeres que toman con responsabilidad este tema así lo refieren el 35.1% que inicia las relaciones sexuales de lo 19 a 28 años de edad y por ultimo el 8.8% no contesto.



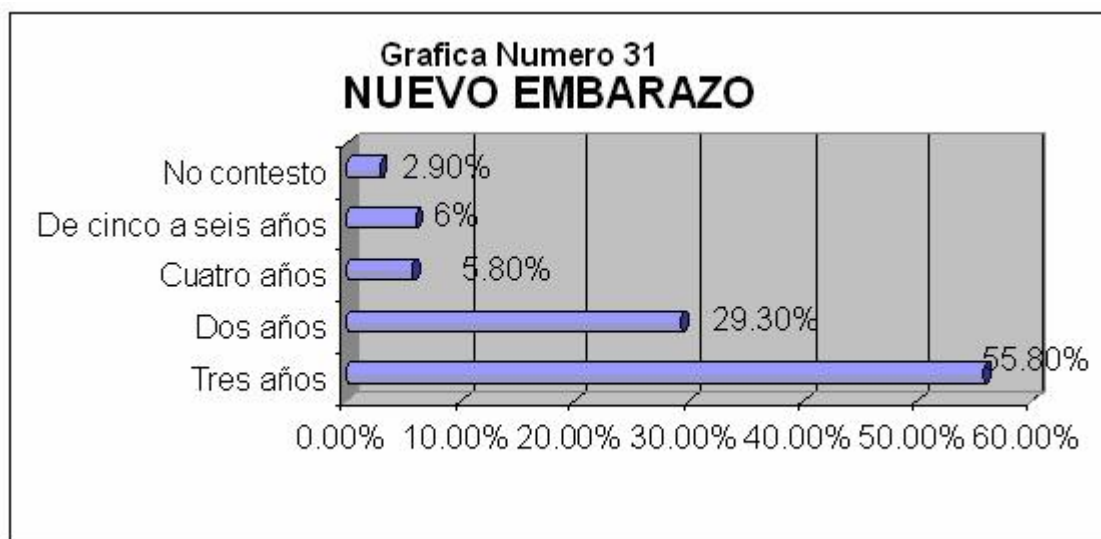
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

En la actualidad la falta de información que se les brinda a la población ocasiona que no conozcan los métodos anticonceptivos existentes encasillándose solo en unos cuantos como lo manifiesta el 62% que conoce solo las pastillas, así como el 62% que conoce las inyecciones, los métodos menos conocidos son el ritmo de billing, como óvulos, jaleas y espumas.



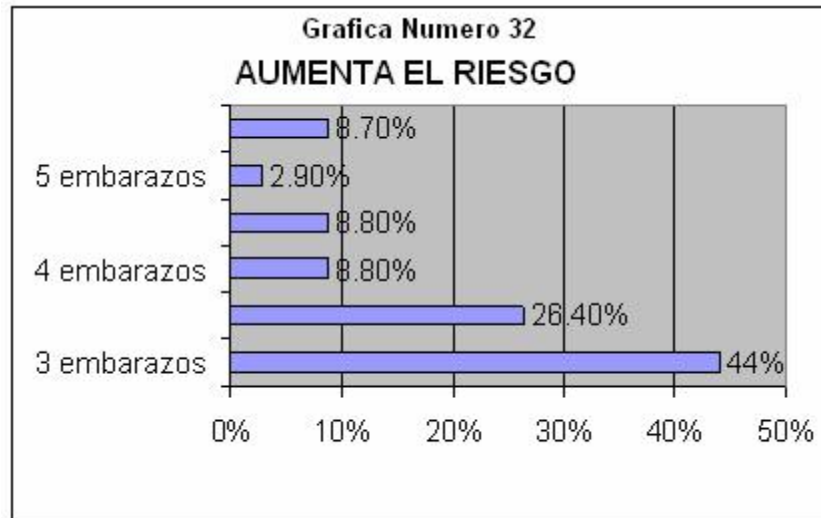
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

Tomando en cuenta los problemas que conlleva un embarazo en mujeres de mayor edad el 73.8% tiene claro que la edad mas conveniente en una mujer para embarazarse es antes de los 35 y después de los 18 años, mientras que el 94% no tiene información veraz de la edad en que una mujer puede embarazarse, el 5.8% no contesto.



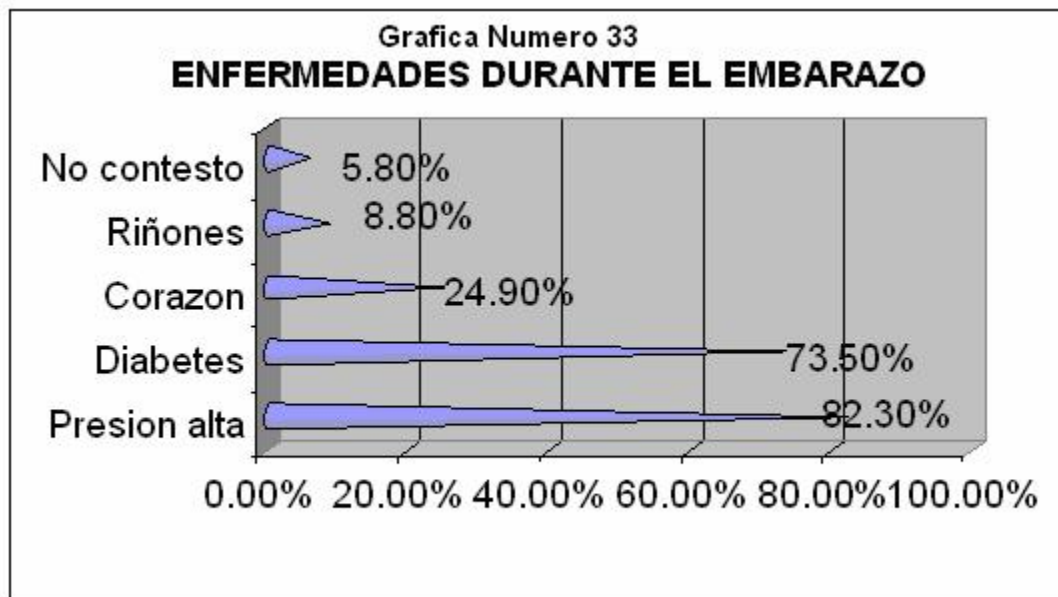
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

El tiempo que se deja entre un embarazo y otro es una de las causas que determina que este llegue a buen termino, el 55.8% de la población encuestada considera que el tiempo adecuado para un nuevo embarazo se debe esperar 3 años, el 29% considera que dos años, el 5.8% cuatro años, el 6% de cinco a seis años, mas sin embargo la realidad refleja que existe mujeres que no esperan ni un año.



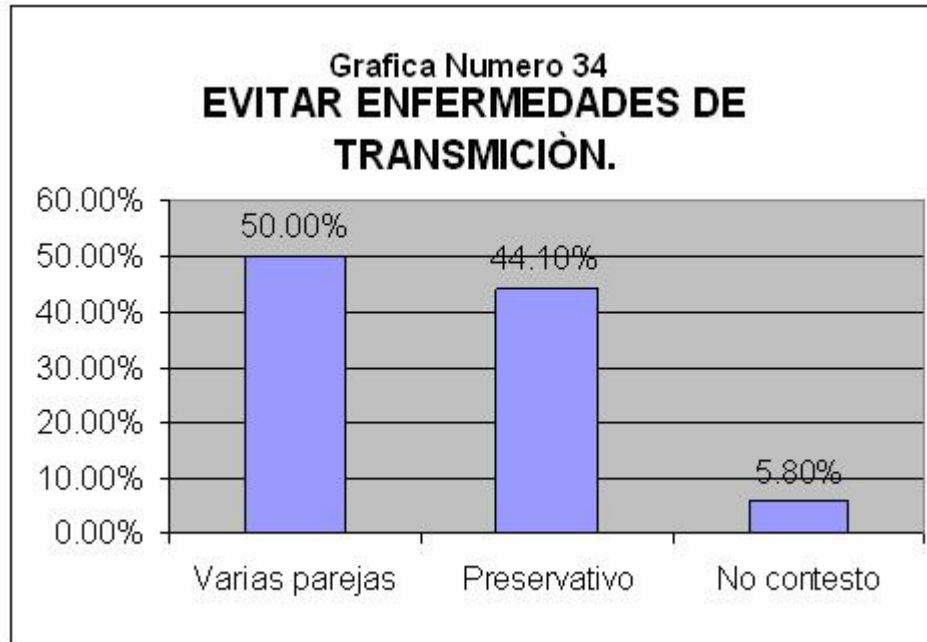
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

El gran numero de embarazos aumenta el riesgo de poner en peligro a la madre y al bebe, por lo que el 44% de la población encuestada cree que después de tres embarazos el riesgo aumenta, sin embargo con relación al 26.4% considera que aumenta después de seis embarazos, el 20.5% piensa que de dos a cinco embarazos, por lo que es necesario aumentar la información de dicho tema.



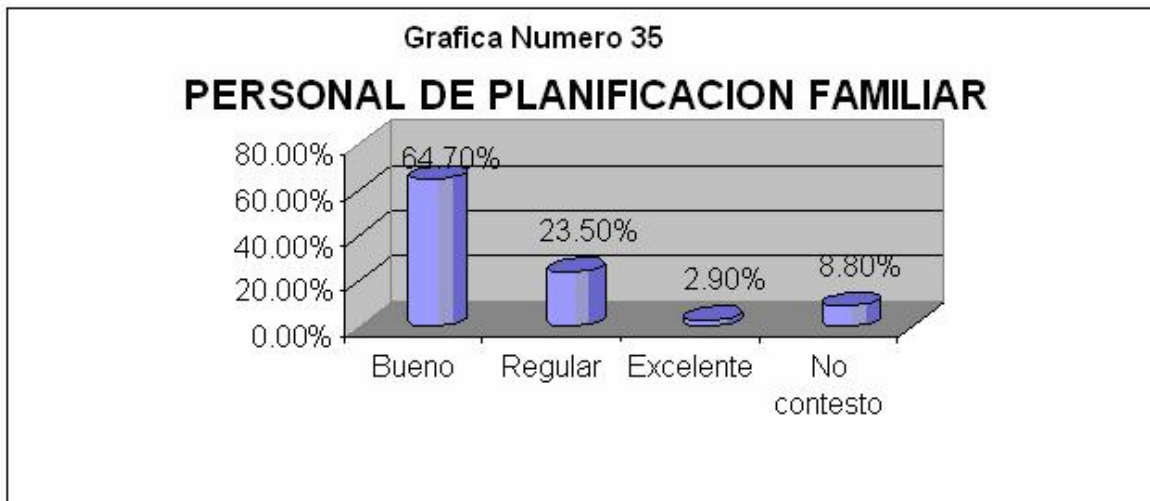
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

Existen enfermedades que aparecen durante el embarazo y que ponen en peligro la vida de la madre y del bebe, ocasionando incluso la muerte para ambos, la población encuestada en un 82.3% consideran que la presión alta es una de las mas importantes y que necesitan mayor atención, no menos importante son las enfermedades como lo refieren un 73.5% considerando la diabetes, el 24.9% del corazón y el 8.8% de los riñones, el 5.8% no contesto.



FUENTE: Estudio de campo realizado de mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

En la actualidad uno de los problemas de salud mas importantes son las enfermedades de transmisión sexual, por lo que es importante conocer que medidas hay que tomar para evitar contagios que pueden ocasionar hasta la muerte, el 50% de las mujeres encuestadas considera que el evitar tener relaciones con varias personas es el método mas eficaz, el 44.1% considera que usar preservativo es mas conveniente, en tanto el 5.8% no contesto.



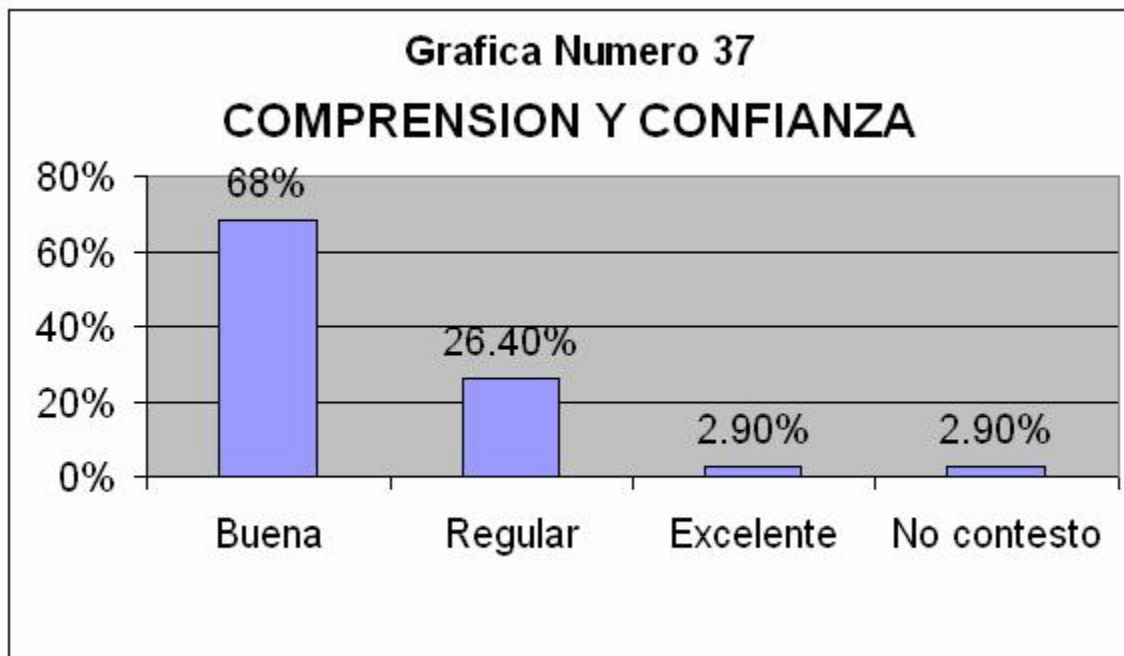
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

Las instituciones encargadas del cuidado de la salud, deben ser cordiales y brindarle atención adecuada a la gente que acude a recibir este servicio, sin embargo el 64.7% de la población encuestada considera que el personal de planificación familiar es buena, mientras que el 23.5% dice ser regular, solo el 2.9% cree que es excelente, el 8.8% no contesto.



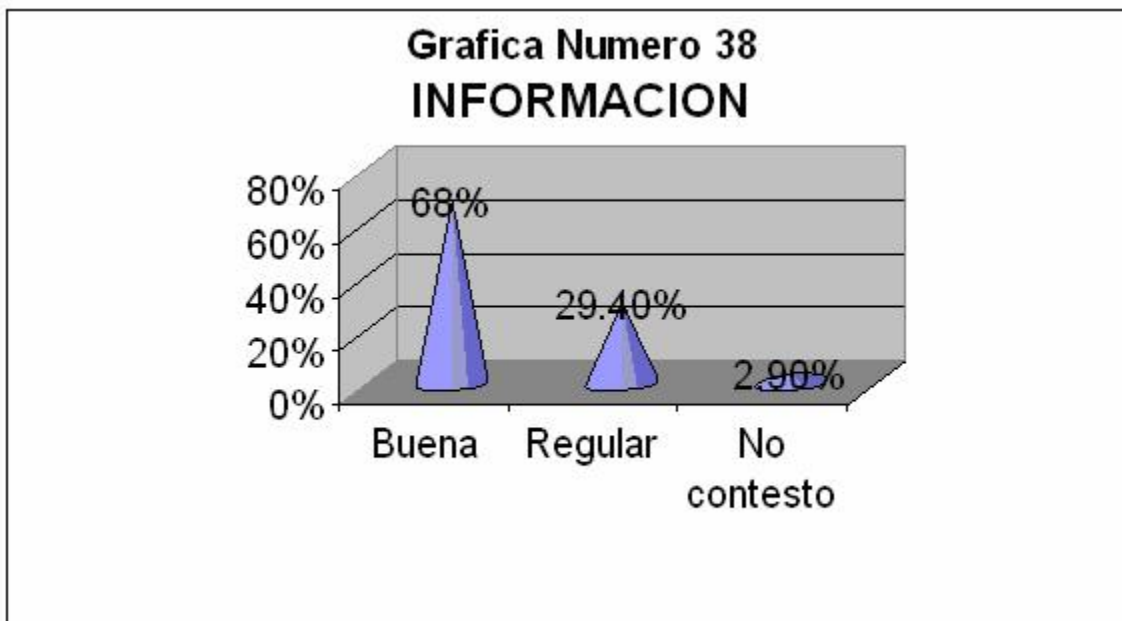
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

La calidad de los servicios de salud es clave para el buen desarrollo de las actividades a realizar por lo que las mujeres encuestadas considera en un 64.7% que la calidad del personal de planificación familiar es buena, el 20.5% la considera regular, el 5.8% cree que es excelente, el 8.8% no contesto.



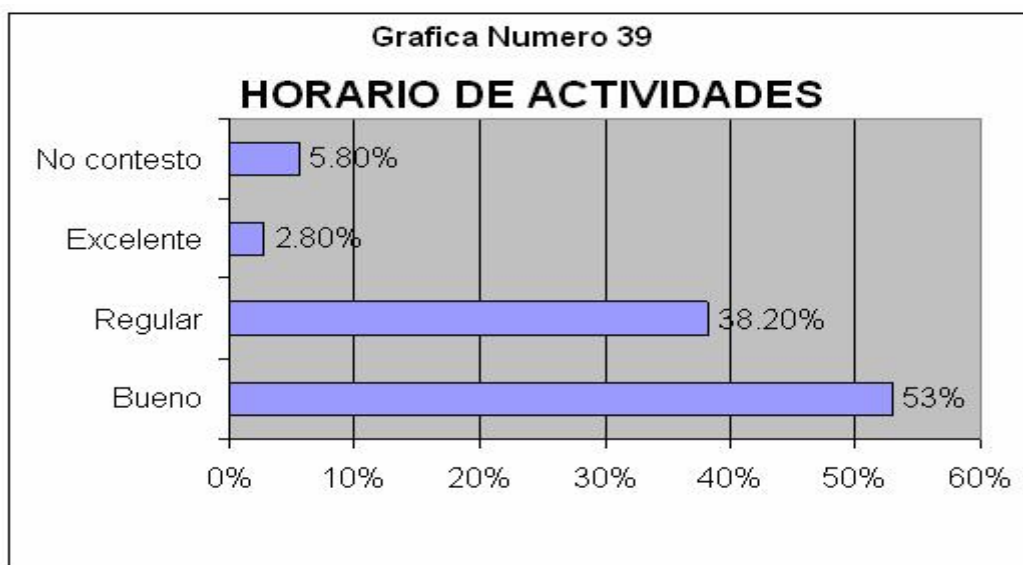
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

La confianza y la comprensión en los servicios de salud es de gran ayuda para poder acercarse a la población y poder orientarlos de manera adecuada por lo que las mujeres encuestadas consideran en un 68% que es buena, un 26.4% regular, mientras que el 2.9% la considera excelente , el otro 2.9% no contesto.



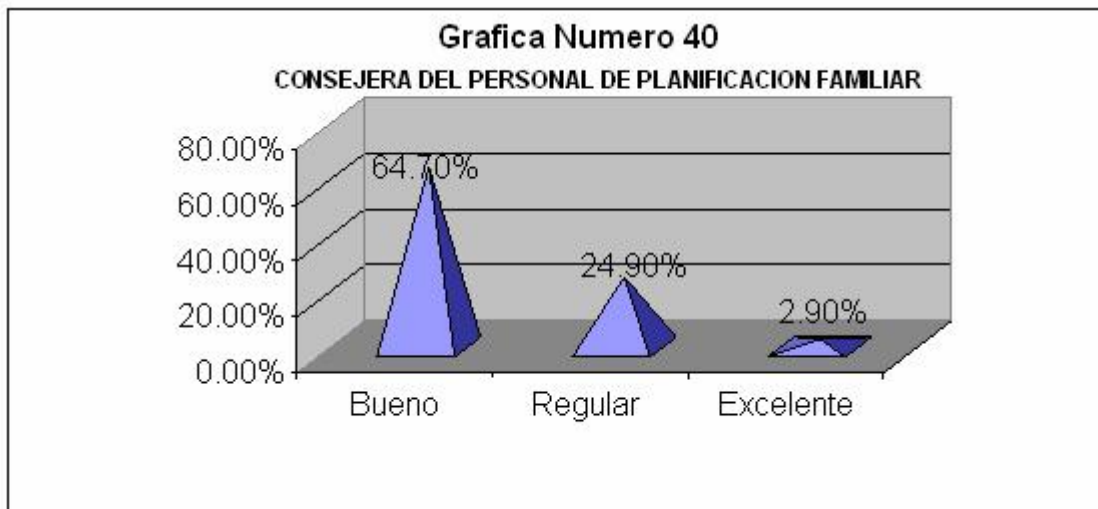
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

En los servicios de salud cuentan con personal especializado para brindarle a la población información que les permita tener un criterio mas amplio para tomar la decisión mas adecuada, de la gente encuestada el 68% considera que la información que se brinda es buena, el 29.4% regular, el 2.9% no contesto.



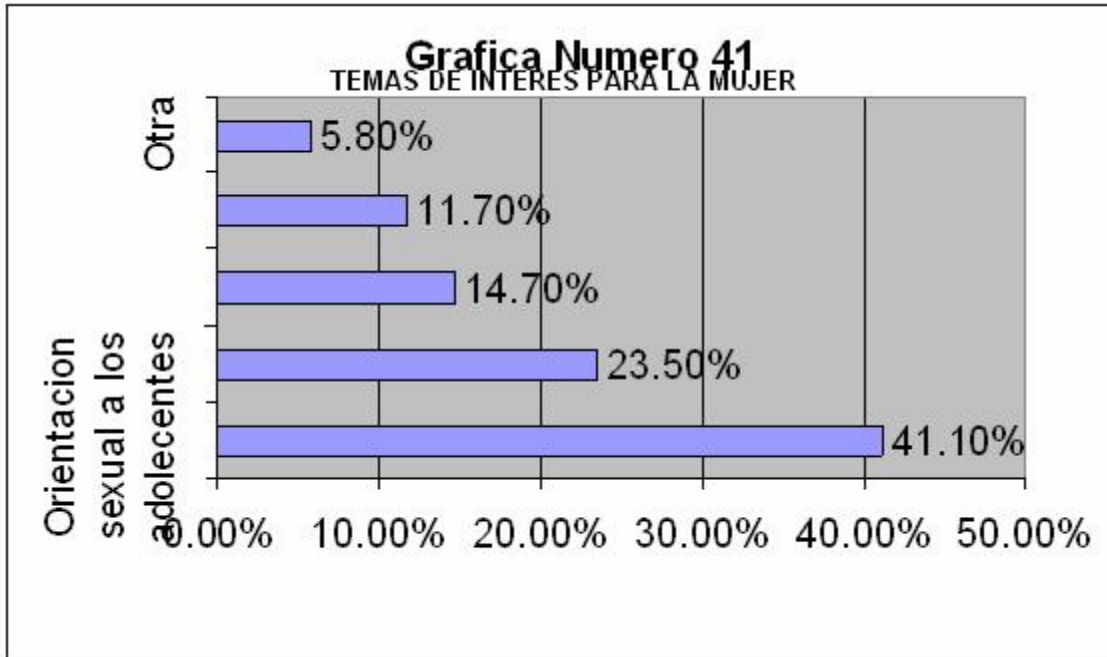
FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

En las instituciones coordinan sus actividades en base a un horario, para brindar un mejor servicio a la población que lo requiere, así el 53% considera que el horario es bueno, el 38.2% es regular, el 2.9% lo perciben como excelente, el 5.8% no contesto.



FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

El personal que orienta a la población beneficiada debe contar con la información adecuada y la empatía para poder lograr un impacto en la gente, el 64.7% de las mujeres encuestadas consideran que la consejera del personal de planificación familiar es buena, el 24.9% regular y el 2.9% excelente, por lo que hay que trabajar mucho más para lograr mejorar el servicio.



FUENTE: Estudio de campo realizado a mujeres de la comunidad de Nopalillo, Hidalgo, en el mes de mayo de 2006.

En la actualidad a la gente le interesa conocer más sobre diversos temas que le permitan tener una mayor información y poder actuar sobre problemas que se presentan en la vida, por lo que el 41.1% de la población encuestada les gustaría saber más sobre la orientación sexual en adolescentes, el 23.5% sobre enfermedades de transmisión sexual, el 14.7% sobre el riesgo reproductivo, el 11.7% metodología anticonceptiva, mientras que el 5.8% considera otro tema que no contesto.

1.8 PRESENTACIÓN DE LOS DATOS.

El presente informe de investigación que a continuación se muestra tiene como propósito conocer los factores que limitan a las personas el uso de métodos anticonceptivos, conocer el tipo de información, el conocimiento que poseen los usuarios y la opinión que ellos tienen acerca del servicio otorgado a la población con relación a los métodos anticonceptivos.

A través del instrumento que se aplicó en la comunidad de Nopalillo a 34 mujeres de la comunidad.

Del 79% de las mujeres casadas o en Unión libre, el 52% tienen entre 14 y 30 años de edad, el 70% solo tiene de uno a tres hijos y 23.5% no utiliza ningún método anticonceptivo, esto significa que las mujeres corren mayor riesgo de quedar embarazadas.

El 91% solo ha estudiado la primaria y/o la secundaria, por lo que su nivel cultural es muy bajo, teniendo como consecuencia la falta de información de dicho problema el, 82% de las mujeres son amas de casa, el 59% de los conyugues son obreros y empleados que trabajan en la ciudad de Pachuca, percibiendo el salario mínimo, por lo que no alcanzan a cubrir las necesidades básicas de la familia como son la de vestido, vivienda, salud y educación.

El 97% de las mujeres no han experimentado ninguna reacción en su organismo por utilizar métodos anticonceptivos, sin embargo la mayoría no los utiliza aumentando el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

El 88% de las personas consideran que sus valores morales no intervienen en su decisión para utilizar métodos anticonceptivos, en lo que esto se refiere a sus tradiciones y costumbres el 94% piensan que estas no afectan en su decisión, mientras que el 3% cree que sí.

El 50% de las mujeres no utilizan ningún método anticonceptivo mientras que el 73.5% inicio su vida sexual activa entre los 13 y 20 años de edad, no alcanzando una madurez física ni emocional adecuada, adquiriendo responsabilidades que no van acorde a su edad. Es decir a los jóvenes y adolescentes les falta orientación e información que les permita llevar una vida sexual responsable, ya que son los que menos utilizan métodos anticonceptivos.

El 100% de los encuestados ha utilizado alguna vez y durante corto período algún método anticonceptivo y actualmente solo el 32.2% tiene control sobre su natalidad, utilizando el DIU, ÒVULOS, jaleas, espumas y pastillas, esto quiere decir que por falta de información o concientización las mujeres no usan métodos de planificación.

De la ocupación de los esposos, conyugues o parejas el 41.4 son empleados, el total que perciben ingresos el 73.5% ganan un salario mínimo, por lo que se considera que la situación económica si influye en la decisión de utilizar algún método anticonceptivo.

Las mujeres refieren estar interesadas en conocer mas, sobre temas de orientación sexual en adolescentes, el de enfermedades de transmisión sexual, riesgo reproductivo y metodología anticonceptiva, considerados de importancia para la población en general.

El estar bien informados le permite a la población tener un criterio propio para tomar la mejor decisión en su vida.

CAPITULO II MARCO HISTÓRICO.

En este capítulo hablaremos sobre los antecedentes en general, para entender como la gente piensa y por que actúa de cierta manera, comenzaremos con los antecedentes de la comunidad.

2.1 ANTECEDENTES DE LA COMUNIDAD.

A) CUANDO SURGIO LA COMUNIDAD Y BAJO QUE CIRCUNSTANCIAS.

“Durante la revolución mexicana los habitantes de la región. No tuvieron una gran participación, limitándose a brindar pastura, monturas y alimentación a las distintas facciones que llegaban a cruzar por su territorio. Fue de 1915 a 1921, la época de mayor inseguridad para el municipio. En virtud de esta ola de inseguridad, muchos hacendados y caciques, abandonaban la región para radicarse en la ciudad. En su lugar, un peón o administrador se hacia cargo de sus propiedades.

Periódicamente, el patrón visitaba su finca, junto con su familia; revisaba la contabilidad, las instalaciones, la producción pulquera y agrícola, el ganado y el trabajo de sus peones. Como el pulque se encuentra en bonanza, la producción cebadera y de maíz, disminuyo grandemente, provocando una fuerte escasez de alimentos.

El enorme poder de los hacendados, se basaba en gran parte en el método de sujeción de los peones a la hacienda; el endeudamiento progresivo y heredado, a través de las famosas tiendas de raya, en las que debían adquirir los diversos productos a crédito, pero a precios elevadísimos, que cada vez endeudaban más al trabajador, imposibilitándolo para abandonar a su padrón. Si morían, la deuda se transmitía a sus hijos y estos debían permanecer para liquidarla, lo cual nunca ocurría. Así, los caciques contaban con mano de obra abundante y barata.

Es durante el gobierno del General Lázaro Cárdenas, cuando se lleva a cabo la repartición de tierras a los campesinos, creándose la gran mayoría de ejidos en el país, afectando tierras de las distintas haciendas.

B) ORIGEN DE LOS PRIMEROS HABITANTES DE LA COMUNIDAD:

En Nopalillo, es en 1932 (20 de febrero), cuando el entonces Gobernador, Bartolomé Vargas Lugo, dicta la resolución provisional, que crea el ejido. Posteriormente, es el 9 de julio de 1934, siendo presidente de la Republica Abelardo Rodríguez y Gobernador del estado Ernesto Pérez, cuando se dicta la resolución presidencial definitiva, que afectando a la hacienda del guajolote y a la de Cuyamaloya, crea en forma definitiva el ejido de Nopalillo.

El primer comisariado ejidal, queda integrado de la siguiente manera: Presidente, Atanasio Ramírez, Secretario Bernardo Vera y tesorero Modesto Vera, originalmente fueron un total de 43 ejidatarios los fundadores, aunque posteriormente se agregaron 10 más para hacer un total de 53 ejidatarios en la actualidad.

En los años siguientes, las haciendas, como unidades de producción que durante gran parte de la época colonial y mitad del siglo actual, dominaron la economía del México mayoritariamente rural, van perdiendo su predominio, dando paso a otras formas de organización social y económica. La creciente urbanización y desarrollo de nuestro país, hace que la vida comience a cambiar. Nopalillo no esta ajeno a estas transformaciones, pero ha sido en los últimos años, cuando ha ido formando parte del progreso. Servicios, trabajo, crecimiento, desarrollo van llegando hasta aquí paulatinamente darán paso a otras mas. Como hechos destacados de estos, podemos citar los siguientes:

- La escuela primaria “Prof. .Paz Lozano “, fue creada en 1961 y su primer director fue el Prof. Zenón Pelcastre Apolonio.
- El servicio de energía eléctrica fue introducido a la comunidad en 1984.
- La carretera de acceso a la comunidad fue construida en 1971 y en 1988 fue pavimentada.
- El jardín de niños “José Ma. Luís Mora”, fue creado en 1986.
- El auditorio ejidal, se edifico en 1988.
- La clínica rural, dependiente de la U.M.R. del IMSS de Xoloxtitla, fue construida en 1987.
- La explotación organizada del bosque (selvicultura) inicio en 1979.
- El servicio de agua potable se introdujo en 1988, aunque funciono muy poco tiempo. Actualmente se encuentra funcionando definitivamente abasteciéndose del pozo del Mercillero.
- El servicio de Transporte a la comunidad, inicio su operación a partir de 1991.
- El servicio telefónico, comenzó a operar en 1995.
- La escuela Tele-secundaria fue fundada en 1992.
- El tianguis comenzó a funcionar a partir del 2 de abril de 1996”.⁽³⁾

c) PERIODOS EN QUE SE DIVIDE LA HISTORIA DE LA COMUNIDAD.

De acuerdo a la información obtenida se puede determinar que la comunidad de divide en dos periodos, el primero fue del 1915 a 1921, y el segundo empieza en el año de 1932 a la fecha.

(3) Sergio G. Amador Pérez. (Coordinador)
Monografía de Nopalillo del Municipio de Epazoyucan.
Sistema de educación publica de Hidalgo. Instituto Hidalguense de educación, Departamento de tele secundaria.
Enero 1998.

2.1.1 ANTECEDENTES DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

“En México tres momentos históricos han marcado las tendencias del desarrollo de organizaciones vinculadas al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes. Las organizaciones pioneras estuvieron ligadas al movimiento feminista y a la falta de políticas de población que apoyaran servicios de anticoncepción a las mujeres y de educación sexual a los jóvenes, esta etapa logra su consolidación hacia la segunda mitad de la década de los setentas, en que se promulga la ley general de población, se desarrollan los programas gubernamentales de planificación familiar y el primer programa nacional de educación sexual coordinado por el concejo nacional de población.

Un segundo momento esta marcado por la necesidad de una educación preventiva ante el crecimiento de la epidemia del VIH/ SIDA y se vincula con el año internacional de la juventud (1985) y la convención de los derechos del niño (1989) que llama la atención sobre el crecimiento demográfico de estos grupos de edad. La etapa se caracteriza por la ampliación del conocimiento sobre la diversidad de comportamientos sexuales entre los y las mexicanas que quedaba al descubierto con la epidemia del VIH/SIDA, por estudios enfocados hacia la sexualidad y la reproducción juvenil.

La tercera etapa tiene que ver con esa necesidad de posicionar la salud sexual y reproductiva, así como la diversidad sexual como derechos humanos. Se trata de un importante cambio de paradigma que descentra el interés en los procesos demográficos para enfocarse en los problemas de salud de las mujeres y en la necesidad de orientar en sexualidad a los adolescentes.

En la última década, las ONG's de salud sexual y reproductiva han crecido numéricamente y su radio de acción es un universo expansivo. Cada vez se conectan más entre si y se van vinculando con gobiernos, con fundaciones que las apoyan financieramente, al tiempo que colaboran con organizaciones internacionales públicas. En la década de los noventas muchas han logrado posicionarse como interlocutoras de tomadores de decisión y líderes gubernamentales influir en la incorporación de derechos sexuales y reproductivos en algunas legislaciones locales y nacionales, en la construcción de programas y políticas públicas que favorezcan su ejercicio, así como en reglamentaciones institucionales, elaboración de materiales y de estrategias dentro de los sectores de asistencia social, salud y educación”. (4)

(4) <http://www.aids-sida.org/ongs-inj.html>.
1995-2000

“En los últimos quince años la composición de los hogares mexicanos se ha transformado. Los hogares de tipo nuclear han disminuido y están proliferando arreglos domésticos de tipo ampliado, cambios que se atribuyen a los efectos de la crisis económica de los ochentas y a la respuesta de muchas familias que buscan la optimización de los recursos disponibles. Otro de los cambios recientes que se destacan es el menor tamaño de las familias (INEGI-1995), la presencia cada vez más marcada de parejas sin hijos y la denuncia creciente de casos de abuso sexual e incesto. Un nuevo estilo se expresa en el mayor número de personas que viven solas, desde 1992 más de un millón de personas viven solas. No menos importante es el incremento de los hogares dirigidos por mujeres, tres millones de un total de 18, el aumento de madres solteras de 13.4% en 1990 a 20.1% tres años mas tarde, así como la disminución de las uniones libres, el incremento de matrimonios civiles y la mayor proporción de divorcios”.⁽²⁾

Pero las familias no son autónomas, son parte de redes sociales que se extienden más allá del parentesco. La vida económica proporciona las condiciones básicas y los límites para la organización de la vida sexual y reproductiva, aunque la sexualidad no está determinada por los modos de producción. Es un hecho que la ausencia de motivos para descender la fecundidad ha sido una forma de resistencia pasiva a las campañas de planificación familiar por parte de los sectores más empobrecidos. Hoy sabemos que a mayor marginación mayor fecundidad, las entidades con más baja velocidad de descenso en la fecundidad son las que han permanecido en alta marginación. Las mujeres menores de 20 años que viven en condiciones socioeconómicas desfavorables son quienes más frecuentemente experimentan las repercusiones de un embarazo temprano (CONAPO, 1996). Entre las campesinas, el embarazo juvenil es parte de un ciclo de vida que suele concentrarse después de terminar la tele-secundaria, ante la falta de mejores oportunidades. La maternidad y las prácticas sexuales muchas veces son estrategias contradictorias de sobre vivencia y resistencia. Huir con el primero que se les atraviesa en el camino es una forma de sobre-vivencia mínima, los padres no se molestan demasiado cuando se huyen por que así tienen una boca menos que mantener. La mortalidad no presenta un patrón uniforme ni constante. El riesgo de morir por embarazo, parto o aborto es mayor en las edades extremas de la vida.

“La definición de salud reproductiva a la que se adscriben la gran mayoría de ONG fue acordada en la conferencia internacional sobre población y desarrollo, celebrada en el Cairo en 1994”.⁽⁴⁾

(2) Consejo Nacional de Población.
Ley general de población y reglamento de la ley general de población.
pp.17 y 18

(4) <http://www.aids-sida.org/ongs-inj.html>.
1995-2000

“La salud reproductiva quedó definida como el “estado de completo bienestar físico, mental y social de los individuos en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción y a la sexualidad”. Ello implica considerar, entre otros, los siguientes aspectos:” (5)

- a) Que los individuos tengan la capacidad de reproducirse, así como de administrar su fecundidad.
- b) Que las mujeres tengan embarazos y partos seguros.
- c) Que los resultados de los embarazos sean exitosos en cuanto a la sobrevivencia y el bienestar materno-infantil.
- d) Que las parejas puedan tener relaciones sexuales libres del miedo a los embarazos no deseados o a las enfermedades de transmisión sexual.

El movimiento en torno a los derechos sexuales y reproductivos tuvieron un impacto directo en las agencias financieras que se abrieron de manera importante al tema de la salud sexual y reproductiva y apoyaron iniciativas de nuevos grupos de la sociedad civil.

Según se constata en una revisión sobre el avance de los compromisos de la salud reproductiva en México, uno de los esfuerzos gubernamentales que retomaran los nuevos compromisos con los adolescentes, se refleja en la declaración de Monterrey que fuera resultante de una reunión convocada por la Secretaría de Salud. Expertos, representantes de organismos nacionales e internacionales, gubernamentales y no gubernamentales llegaron a comprometerse en esta reunión con la elaboración de un plan nacional de salud del adolescente que tendría como propósitos:

- a) Fomentar la salud integral del adolescente.
- b) Promover la salud sexual y reproductiva del adolescente, entendida como el ejercicio responsable e informado de su sexualidad.
- c) Promover en los adolescentes el uso adecuado y oportuno de los servicios de atención a la salud, para prevenir daños y reducir riesgos específicos.

“Desde 1994 y con el fin de asumir los retos institucionales que implicaba la adopción del concepto de salud reproductiva y el impulso de una política pública de salud reproductiva, se creó una nueva dependencia dentro del sector salud, la dirección general de salud reproductiva.

(5) Alarcón N. Francisco. Juárez Tovar Consuelo. 1993
Organización de los Servicios de Salud Reproductiva en las Unidades de Atención Médica. pp2y8

En 1995 se constituye el grupo interinstitucional que reúne los organismos públicos y no gubernamentales para elaborar el programa de salud reproductiva y planificación familiar 1995-2000 encargado de vigilar que se cumplan los compromisos de cairo, e incluyendo los servicios para adolescentes. Los compromisos de confidencialidad y consentimiento informado en los servicios, obligaron a modificar la ley general de salud y fueron incidiendo en la cultura institucional de diversas organizaciones del sector.

En 1997 el DIF federal inicia un nuevo programa de Atención a jóvenes de 10 a 19 años enfocado a la Atención Integral del Embarazo en Adolescentes que busca promover entre los y las adolescentes un ejercicio responsable de la salud sexual y reproductivos, con acciones orientadas a la disminución de embarazos no planeados, la disminución de enfermedades de transmisión sexual así como la asistencia social a las que ya son madres, padres o gestantes jóvenes, en función de una mejor calidad de vida que favorezca la integración familiar y social". (4)

(4) <http://www.aids-sida.org/ongs-inj.html>.

2.1.2 ANTECEDENTES DE LAS ACCIONES DE SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

“En 1992 el gobierno de México y diversas agencias de cooperación Internacional acordaron establecer el apoyo al programa de planificación familiar, en el que se contempla enfocar las acciones de manera prioritaria, aunque no exclusiva hacia un grupo de nueve estados del país, aquellos con indicadores socioeconómicos y demográficos mas desfavorables.

Para la selección de estos estados se considero: en especial su baja prevalecía anticonceptiva, alta fecundidad, y mortalidad infantil, elevada ruralidad, así como su volumen total de población, estos estado son: Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, México, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

Así estas acciones tienen el propósito de difundir el concepto integral de salud reproductiva a la población con altos índices de marginación y pobreza considerando que los individuos a los que se dirige estas acciones son personas con diferente pensamiento , cultura y religión, ideología, libre albedrío y capacidad para tomar decisiones con respecto a su organismo. Por lo tanto para que tome verdaderamente una decisión se le debe orientar con información objetiva, clara, veraz y confiable a través de la consejería sobre salud reproductiva y servicios de planificación familiar de manera sutil, respetando ante todo su decisión y ofreciendo servicios confidenciales , esmerada información y autentica equidad”.

(6)

(6) Instituto mexicano del seguro social.
DPM COORDINACION DE SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNO INFANTIL.
Campaña Nacional de Extensión de las acciones de salud reproductiva.
México.
1995-2000
P.2 Y 8

2.2 MARCO CONCEPTUAL.

Para tener un mayor entendimiento sobre lo que se va a estudiar enseguida definiremos los conceptos que nos permitan tener información mas clara y precisa que nos permita comprender más lo que se esta investigando.

2.2.1 CONCEPTO DE MARGINACIÓN.

“La marginación y pobreza son males sociales que aquejan a las sociedades modernas e impiden el desarrollo social integral no sólo de los grupos que los sufren, sino de la sociedad en su conjunto

El proceso de cambio social se inicia en la base, en las comunidades rurales y urbanas, en el mejoramiento de sus condiciones de vida, su capacitación para el ejercicio de derechos y deberes ciudadanos, la elevación de su autoestima, el derecho a gozar de un ambiente sano, neutralizar la violencia y desarrollar o fortalecer sus conocimientos y habilidades con fines productivos” (7)

2.2.2 CONCEPTO DE SALUD REPRODUCTIVA.

“La salud reproductiva como proceso de la salud pública se puede definir como un conjunto de acciones para elevar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños relacionados por el proceso de la producción humana”. (5)

“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”. (2)

“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 libre y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”. (5)

Para este estudio el término que vamos a utilizar es el segundo ya que este nos permite tener una idea mas clara sobre lo que se esta estudiando.

(2) Consejo nacional de población ley general de población y reglamento de la ley general de población. México 1993.

(5) Alarcón N. Francisco Juárez Tovar Consuelo. Organización de los servicios de salud reproductiva en las unidades de atención médica México 1993 pp. 2 y 8.

(7) <http://consejo.dedesarrollosocial.org.mx/marginación%20misionvision.htm>.

2.2.3 INDICADORES BASICOS DE LAS ACCIONES.

“Los elementos que se contemplan como pilares esenciales de las acciones de salud reproductiva y planificación familiar considerando la disminución de la fecundidad y natalidad y la reducción de la morbi-mortalidad infantil, materno y peri natal son:

- La planificación familiar.
- Salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes.
- Salud peri natal.
- Riesgo pre-concepcional.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Prevenciones y detección de cáncer Cervico uterino.
- Climaterio y post-menopausia.
- Perspectiva del género de salud reproductiva”.⁽²⁾

(2) CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN

Ley general de población y reglamento de la ley general de población México.

pp. 4-5

PLANIFICACION FAMILIAR.

“Conjunto de medidas que pueden adoptarse para tener el número de hijos deseados y en el momento adecuado.

Estas medidas incluyen no solo las destinadas a evitar el embarazo, si no también las disponibles para conseguirlo en caso de posible esterilidad de uno de los miembros de la pareja.

En los últimos años, en las áreas rurales se observan patrones de uso de métodos anticonceptivos muy bajos, lo que refleja la magnitud del reto que enfrentan los servicios de planificación familiar de dichas localidades.

Así mismo, el incremento en el uso de metodología anticonceptiva se ha dado en todos los grupos etéreos aunque en adolescentes y parejas unidas menores de 20 años la prevalecía y continuidad de uso aun es baja.

La distribución en el uso de métodos anticonceptivos ha variado de manera notable en los últimos años”. (8)

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS/LAS ADOLESCENTES.

“Se puede definir como una “serie de comportamientos en los que interviene la sexualidad”.Prácticamente en todas las actividades humanas existe una mayor o menor componente de sexualidad, esto quiere decir un conjunto de comportamientos en los que existe un estímulo y/o una respuesta sexual.

En los últimos años la población adolescente se ha incrementado de manera notable, por lo que actualmente representa el 23.2% de la población total del país.

Debe señalarse también que la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años ha registrado un descenso. Los embarazos en la adolescencia temprana se acompañan frecuentemente de una mayor incidencia de morbilidad en poblaciones más vulnerables”. (8)

SALUD PERINATAL.

“En 1980 ocurrieron 31.7 muertes neonatales por 1,000 nacidos vivos registrados, mientras que en 1993 la tasa fue de 14.7. (803)

(8) Carlos Gispeit- Joaquín Navarro.
Enciclopedia Autodidáctica Interactiva.
Océano Grupo Editorial, S.A.
1531-1543

La desnutrición en las mujeres embarazadas, particularmente en los grupos más vulnerables de la población, constituye un factor importante de riesgo en la salud materna y peri natal.

La prevalencia de VIH en mujeres embarazadas es de una 3000 casos y se estima que ocurren 500 embarazos por año en mujeres infectadas.

La incidencia y prevalencia de los defectos del nacimiento representa un problema de salud, ya que se ha documentado que aproximadamente uno de cada 50 recién nacidos vivos y uno de cada nueve recién nacidos muertos presenta uno o mas defectos congénitos mayores, lo que constituye una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad peri natal e infantil".⁽⁸⁾

RIESGO PRECONCEPCIONAL.

"El embarazo en las edades extremas de la vida y la concurrencia de enfermedades crónico-degenerativas en la mujer gestante constituyen factores de riesgo que contribuyen a incrementar la mortalidad materna y peri natal.

Las enfermedades crónicas como la hipertensión, diabetes mellitas, se enlistan entre los factores más importantes de riesgo Pre-concepcional". ⁽⁸⁾

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

"Son un grupo de enfermedades de las que se habla poco y de las que no se informa abiertamente sobre la manera de protegernos contra ellas. Las enfermedades más comunes en nuestro país son": ⁽⁹⁾

"SÍFILIS.- Bacteria de nombre treponema pallidum, la primera señal es la aparición de un grano pequeño, llamado chancro en genitales, boca o ano que se ulcera; la segunda etapa se manifiesta con pequeñas ronchas rojizas en el cuerpo de las que sale un liquido que se puede llegar a infectar a otras personas si hay contacto directo, en la tercera etapa puede llegar a producir la muerte si no se atiende, ya que produce lesiones en el corazón, arterias, cerebro y medula espinal, así como ceguera y sordera". ⁽⁹⁾

⁽⁸⁾ Ídem Pág.

⁽⁹⁾ Educación para la vida, Enfermedades de transmisión sexual
1998 Mirna Barra Aguirre- Naftalí Gómez Guzmán pp.9 a 16.

“GONORREA.- Flujo vaginal amarillo entre verdoso, mal olor, o secreción por el pene, se manifiesta de 2 a 10 días después de la infección”.⁽⁹⁾

“TRICOMONIACIS.- Los tricomonas vaginalis, son los parásitos que causan esta enfermedad los cuales viven hasta 7 horas, fuera del cuerpo humano, por lo que pueden contagiarse hasta por el contacto de una toalla infectada, su periodo de incubación es de 4 a 28 días, generalmente solo habita en la vagina.

Los síntomas en la mujer son comezón en la vagina y vulva, con flujo amarillo o verdoso de mal olor, inflamación en la vagina, así como relaciones sexuales dolorosas.

En el varón en el mayor de los casos no hay síntomas, pero en algunas ocasiones puede aparecer inflamación en la uretra, con dolor al orinar”.⁽⁹⁾

“CONDILOMATOSIS.- Los síntomas se inician con una lesión parecida a una verruga, que al ir multiplicándose toma forma parecida a una coliflor, esas verrugas crecen en los genitales y el ano. Las molestias principales son el ardor y comezón alrededor del pene, de la vagina o del ano.

Esta enfermedad esta asociada al cáncer de órganos reproductores”.⁽⁹⁾

“HERPES GENITAL.- De 3 a 20 días después de haber entrado en contacto con el virus, aparece en el área infectada una serie de vesículas que posteriormente se revierten y convierten en llagas, dolorosas a extremo. Los síntomas empiezan con comezón o ardor y después aparecen pequeñas ampollas que al romperse forman lesión es húmedas que contienen grandes cantidades de virus, son muy dolorosas y se presentan en el pene, la vagina o el ano.

No existe cura para el herpes, alo mucho se controla el dolor y en casos extremos se recurre a cirugía reconstructiva.”⁽⁹⁾

“CLAMIDIASIS.- Puede causar esterilidad si no se atiende a tiempo, también provoca problemas cardíacos y hepáticos y en los bebes ceguera total. ⁽⁹⁾

Aparece de 1 a 2 semanas después de la infección, los síntomas en el hombre aparecen con una secreción blanca que sale por la uretra y ardor al orinar.

En la mujer secreción amarillenta por la vaginal entre menstruaciones, ardor o dolor al orinar y en el abdomen”.⁽⁹⁾

“SIDA.- Detectado en las ciudades de San Francisco, Los Ángeles y Nueva Cork, fue descrito como entidad clínica en 1981.

El agente infeccioso es el virus de la inmunodeficiencia humana o VIH, poseedor de una alta capacidad de mutación que le permite eludir la acción del sistema inmunitario y se transmite a través de la sangre y el semen. El periodo de incubación fluctúa entre seis meses y cinco años, los síntomas pueden ser variados, entre ellos infecciones, trastornos neurológicos y varios tipos de cáncer.

⁽⁹⁾

Es la enfermedad del transmisión sexual mas grave que hay en la actualidad, se ha extendido a casi todo el mundo y existen millones de personas infectadas, es contagioso, incurable y mortal “⁽⁹⁾.

(9) Ídem. Pág.

“La prevención y manejo oportuno de las enfermedades constituye uno de los pilares fundamentales de la salud reproductiva, ya que este tipo de enfermedades afecta a la población de 15 a 10 años de edad, son causa de infertilidad femenina y masculina y se vincula muy estrechamente con los otros componentes de la salud sexual y reproductiva.”⁽⁸⁾

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE CÁNCER CERVICO- UTERINO.

“Prevención.- Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar una cosa.

Detección.- Poner de manifiesto lo que no puede ser observado directamente.

El cáncer cervico uterino y el mamario constituyen causas importantes en la mortalidad de las mujeres en nuestro país. Las acciones en información y prestación de servicios tendientes a su prevención, diagnóstico temprano y manejo/referencia oportunos están vinculados estrechamente en la fase operativa del programa de salud reproductiva y planificación familiar”.

CLIMATERIO Y POSMENOPAUSIA.

“Climaterio.- Periodo de la menopausia y andropausia, periodo crítico en el transcurso de la vida durante el cual el organismo sufre un cambio radical, con la declinación de toda actividad sexual”.⁽⁸⁾

POST MENOPAUSIA.

“Las diversas manifestaciones del síndrome climatérico y pos-menopausia que incluye la pérdida mineral ósea que conduce a osteoporosis y alteraciones psicológicas, demandan información y servicios desde el primer nivel de atención”.⁽⁸⁾

(8) Ídem Pág.

(9) Educación para la vida, Enfermedades de transmisión sexual
1998 Mirna Barra Aguirre- Naftalí Gómez Guzmán pp.9 a 16

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA SALUD REPRODUCTIVA.

“La diferente valoración social de lo femenino y lo masculino, y la división sexual del trabajo, determinan inequidades sociales entre varones y mujeres que se expresan en diferencias en los accesos a los recursos, la información y prestación de servicios en el grado de autonomía que cada uno (a) tiene en el papel que desempeñan en la familia y en la sociedad lo que a su vez se traduce de diferentes maneras en la salud reproductiva de la población con especiales desventajas para las mujeres.

Debido a su status legal y cultural, las mujeres enfrentan rezagos que es necesario atender para contribuir al mejoramiento de su condición.

Por, ello, elevar la calidad de la atención en los servicios de salud reproductiva, requiere promover el ejercicio de derechos, dignidad, autonomía y asegurar la adquisición de poder de las mujeres en la toma de decisiones y desmitificar muchos de los esquemas de la masculinidad que se constituye en factores de riesgo para unos y otros”. (10)

(10) Zedillo Ponce de León. Ernesto.

Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Reforma del sector salud.
1995-2000
p.2 a 12

2.3 MARCO REFERENCIAL.

2.3.1 MARGINACIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

“Para comenzar resulta imprescindible precisar el concepto de marginalidad en América Latina se reconoce tres grandes corrientes.

- a) En la década de los 50' la marginalidad fue definida como la forma de estar al margen del desarrollo del país, el no participar en el desarrollo económico, social y cultural.
- b) En la década de los 60' la marginalidad es vista no ya como la falta de adecuación, de vastos sectores al modernismo sino como una consecuencia de dicho proceso.
- c) En la década de los 70' la marginalidad como concepto solo puede dar la idea de que tales sectores están al margen de los beneficios del sistema”.

(11)

“En el periodo 1970-1990 el comportamiento reproductivo se relaciono con .los índices de marginación social elaborados por el programa nacional de solidaridad y el consejo nacional de población, encontrándose una correlación alta y estadísticamente significativa entre los niveles de marginación y la fecundidad.

El importante descenso de la fecundidad ocurrido en el país en los últimos 25 años, no tiene precedentes históricos. Este proceso se inicio en la década de los sesenta y se aceleró a mediados de los setentas, cuando el estado impulso una política abierta de planificación familiar. Sin embargo, las diferencias en los niveles de fecundidad urbana- rurales entre entidades federativas, regiones y grupos sociales parecen permanecer, e incluso es posible que en situaciones de crisis económica – sociales las instituciones de salud materna infantil, expresen con mayor énfasis la heterogeneidad regional y esta situación tienda a agudizarse.

La nación mexicana ha estado sometida por más de 15 años a una ley de población que plantea, además de una toma de decisión racional frente al número de hijos y al uso de métodos anticonceptivos, metas claras en cuanto a la salud materno-infantil, así como información y educación sobre la salud reproductiva”.(11)

(11) Norberto Alayon
Asistencia y existencialismo o erración de la pobreza.
México.
2da. edición. Pp. 58.

Los logros deben medirse no solo en términos de descensos de la fecundidad, si no también de salud materno-infantil, que la participación económica de la mujer y de los efectos que esto trae en la relación población y desarrollo.

“A través de este desarrollo conceptual se ha llegado a definir el término marginación social como un “fenómeno estructural múltiple que integra en una sola valoración las distintas dimensiones, formas e intensidades de exclusión o no participación de los grupos sociales en el proceso de desarrollo y en el disfrute de sus beneficios” (12)

Las dimensiones socioeconómicas de este índice son: vivienda y dotación de servicios, ingresos monetarios, educación y distribución de la población. Esto permite contar con medidas analíticas para el diseño de políticas económicas y sociales específicas de ataque a la desigualdad y exclusión social.

“Al igual que el concepto de desigualdad social el de comportamiento reproductivo requiere de un proceso de análisis ya que considera que el comportamiento reproductivo se expresa en, por lo menos, tres ejes estructurales:

1.- Las estructuras de la fecundidad por edad.

2.- Los patrones reproductivos, que tiene que ver con la edad de entrada a la unión, el parto y el espaciamiento entre nacimientos, que expresan factores de riesgo reproductivo.

3.- El patrón conductual, en el cual manifiestan los determinantes culturales de la reproducción social, la lactancia, la alimentación suplementaria, las redes de apoyo familiar, la planificación familiar y la utilización de los servicios de salud en parto y posparto.

Estos procesos están mediados por las condiciones socioeconómicas y, como se mencionó anteriormente, se pretende recatar a través de un índice de marginación”. (12)

(12) www.insp.mx/salud/37/374-1s.html-37k

CAPITULO III

EL TRABAJADOR SOCIAL COMO ORIENTADOR EN SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR CON LA POBLACIÓN URBANO-MARGINADA DE NOPALILLO, MUNICIPIO DE EPAZOYUCAN, HGO.

Los seres humanos necesitamos estar con otras personas, como hijos, padres, madres, amigos, trabajadores, estudiantes, necesitamos comentar, platicar, sentir y saber que piensan y sienten los demás, así como expresar ideas y sentimientos. Los seres humanos no podemos vivir sin comunicarnos y en toda comunicación se desarrolla un tipo de relación entre dos o más personas.

3.1 PROCESO DE COMUNICACIÓN.

“La revisión de algunos de los aspectos técnicos y operativos de la comunicación en salud reproductiva tiene como propósito que el personal responsable de estas acciones y muy particularmente el trabajador social reconozca la importancia de la comunicación como uno de los componentes fundamentales del proceso de educación, así como la forma en que esta se aplica.

La comunicación es la transmisión de ideas, pensamientos, emociones y sentimientos entre 2º o más personas, es compartir experiencias, estar en relación, sentir emociones y hacer que otros las sientan y sean entendidos.

El proceso de comunicación consta en general de un emisor, mensaje y receptor.

Emisor: El emisor da en su comunicación sus habilidades, conocimientos, sentimientos, su cultura, motivación e intereses.

Receptor: Es una persona, grupo, animal o maquina a quienes el emisor dirige el mensaje, con la idea de que el receptor la asimile y lo analice para dar una respuesta.

Es muy importante que el receptor escuche adecuadamente el mensaje, para que de esta manera de origen al dialogo al producir una respuesta adecuada.

Código: Conjunto de signos y reglas que combinados se utilizan para construir el mensaje.

Mensaje: Informaciones que el emisor envía al receptor.

Canal: Es el conducto a través del cual se envían y reciben los mensajes en común.

Estas conductas están formadas por el o los sentidos por medio de los cuales emitimos o recibimos los mensajes". (13)

COMUNICACIÓN ACERTIVA.-“ Es un proceso que permite expresar sin ansiedad un particular punto de vista e interés sin negar la de los demás, este tipo de comunicación se suele practicar en las terapias psicológicas para disminuir la ansiedad social, resolver problemas psicológicos y mejorar el autocontrol y autoestima.

Esta comunicación permite al ser humano ser hábil al momento de comunicar sus ideas y tomar una decisión adecuada ante un hecho que se le presente, logrando una buena relación entre emisor y receptor". (14)

3.2 ETAPAS DEL PROCESO DE COMUNICACIÓN.

“En las etapas iniciales del promoción- motivación, los medios masivos cumplen una función importante, pero en la medida que se requiere información específica o se manifiestan inquietudes y dudas es de mucho mayor utilidad la comunicación interpersonal, que tiene más posibilidades de llegar a las personas que están tomando una decisión.

La educación en la salud pretende a través del trabajador social producir un cambio de conductas en los pacientes, a continuación analizaremos las etapas que este profesional maneja por las cuales una persona puede pasar desde el desconocimiento total a cerca de una conducta hasta su practica en el que se ha llamado proceso de adopción-mantenimiento.

Se pretende llevar al individuo a adoptar o modificar conductas de protección o mejoramiento de la salud". (13)

ETAPA I CONOCER SUPERFICIALMENTE.

Aquí el trabajador social pretende que una persona o grupos alcance una conducta de conocimiento suficiente para definir un método anticonceptivo en sus características esenciales. Esta etapa se ha cubierto con mensajes breves de motivación- promoción.

ETAPA 2 CONOCER PROFUNDAMENTE.

De las personas que lograron el nivel de conocimiento, un porcentaje puede desear profundizar sus conocimientos aclarando sus dudas, buscando información específica o asistiendo a sesiones informativas.

(13) <http://www.geocities.com/lente/3/06:html>.

(14) <http://www.psicopedagogia.com/definición/c.asertividad>

ETAPA 3 ACEPTACIÓN.

En esta etapa se produce la influencia mayor de la cultura se va a aceptar y en caso de aceptación la persona buscara apoyo del personal especializado como el trabajador social, medico o enfermera.

ETAPA 4 EVALUAR.

En esta última etapa del proceso de aprendizaje la persona va a evaluar si la nueva conducta esperada tiene o no ventajas sobre la conducta previa y si los resultados que obtengan serán observables a corto plazo. Aquí el paciente buscara quien le ayude en la decisión.

ETAPA 5 ENSAYAR.

Es la primera vez que la persona práctica lo aprendido, haciendo ensayos con cada conducta propuesta; el realizar o no esta etapa decisiva, dependerá de que la conducta sugerida sea lo suficientemente sencilla, para que reciba el estímulo para hacerlo, ya sea por parte de un familiar, amigo o conocido.

ETAPA 6 ADOPTAR.

Cuando la persona experimenta varias conductas y dados los resultados concordantes con sus expectativas, decide quedarse con una, decimos que adopta una conducta.

ETAPA 7 MANTENER.

Sin embargo la mayoría de las conductas en salud tienen su máxima utilidad al repetir periódicamente y por ello el trabajador social debe buscar que la persona logre mantener tal conducta.

ETAPA 8 DIFUNDIR.

“Esta etapa corresponde a la difusión que hacen las personas ante familiares, amigos o vecinos, de la nueva conducta y su éxito dependerá del poder de comunicación que tenga esta persona.

Desde la tercera etapa de este proceso, se hace evidente la importancia de la comunicación interpersonal, por lo tanto el trabajador social deberá tomar en cuenta que cada persona se encuentra en distintas etapas del proceso de adopción de la innovación para adecuar las técnicas de comunicación, los medios y los contenidos a estas características particulares”. (15)

(15) IMSS. DPM coordinación de salud reproductiva y materno infantil
P.16 A 49

3.3 BARRERAS DE LA COMUNICACIÓN.

“La comunicación es un proceso que además de recibir información, también se dan respuestas y se transmiten mensajes, lo que origina que en ocasiones la comunicación se deforme o anule y las causas pueden ser las siguientes:

- El emisor y el receptor tienen intereses distintos.
- El receptor oye lo que quiere.
- Las palabras tienen significados distintos.
- Intervienen elementos emotivos dentro de la comunicación.
- Las palabras tienen sentidos simbólicos.

Estas causas reciben el nombre de barreras y pueden ser de distintas clases:

- a) Barreras fisiológicas.- implica cualquier diferencia de tipo orgánico, corporal que puede ser tanto del receptor como el emisor y que obstaculiza por esta razón el proceso de la comunicación.
- b) Barreras psicológicas.- Existen diferentes procesos psicológicos que nos lleva a analizar, eliminar o distorsionar los cuentos por lo tanto hacemos representaciones de nuestras diferentes formas de pensar.
- c) Barreras culturales.- Se presentan cuando existen diferencia de conocimientos entre el emisor y el receptor y por lo tanto eso impide la comprensión de los mensajes.
- d) Barreras filosóficas.- Son todas aquellas que resulta de las diferentes formas que tienen el emisor y el receptor de comprender e interpretar las actuaciones cotidianas a las que se enfrentas en el transcurso de su vida.
- e) Barreras semánticas.- Que se refiere a la interpretación diferente que le dan tanto el emisor como el receptor a los términos o conceptos que utilizan en el proceso de la comunicación”.⁽¹³⁾

3.4 FORMAS DE COMUNICACIÓN.

Las opciones utilizadas por el trabajador social para intervenir en el proceso de comunicación educativa en las acciones de salud reproductiva y planificación familiar, son las siguientes.

MOTIVACIÓN.- Se conoce como motivación la respuesta de un individuo a un estímulo externo que lo hace actuar en determinada forma. Los individuos se comportan y actúan en cierta dirección en la medida que son capaces de percibir y valorar las ventajas alcances de un hecho que se da en determinadas circunstancias.

(13) <http://www.geocities.com/lente/3/06.html>..

En los problemas de salud la mayoría de las veces es necesario que el equipo de salud se los haga sentir, apoyándose en evidencias y recurriendo a sus capacidades de persuasión hasta que la población los sienta como suyos y contribuya a su resolución. Se puede decir que la motivación es la razón que los impulsa a actuar y adoptar determinada línea de conducta.

Se requiere de una motivación permanente, tanto para los trabajadores sociales que realizan la promoción y otorgan servicios, como para los usuarios de los servicios de salud reproductiva, ya que si carecen de esta motivación difícilmente la labor redundara en resultados satisfactorios.

PROMOCION.- La promoción se define como iniciar y adelantar una cosa procurando su logro. Abarca todas aquellas actividades del trabajador social, encaminadas a estimular en un individuo o grupo, la aplicación las medidas que preserven y favorezcan sus condiciones de salud, implica enfatizar las cualidades y beneficios de la conducta propuesta a través de mensajes cortos, así como señalar las facilidades para lograrlo y obtener el servicio, generalmente no se mencionan riesgos o efectos deseados.

En la promoción la comunicación se efectúa a través de folletos, carteles, volantes, mantas, radio, t.v. y pueden ser generales o limitarse a una acción específica.

INFORMACIÓN.- Es un proceso de transformación de mensajes referentes a logros de salud reproductiva tienen objetivos de capacitación y aprendizaje y a la vez busca contribuir al cambio de conductas.

Para que la información despierte interés se requiere que esta se encuentre relacionada con las necesidades de la población a la que se dirige, por lo cual la información debe ser veraz, interesante, precisa, comprensible, desprovista de tecnicismos que dificulten la comprensión del mensaje.

Para que cumpla con el objeto de capacitación- aprendizaje deberá incluirse información amplia sobre mecanismos de acción de la conducta propuesta, ventajas, desventajas formas de utilización, posibles complicaciones y riesgos de la misma, a fin de que la población tenga elementos para valorar los beneficios del cambio o adopción en conductas de salud.

Esto puede efectuarse a través de medios masivos de comunicación e interpersonales.

EDUCACIÓN.- La educación en las acciones de salud reproductiva y planificación familiar es un proceso social que tiende a capacitar al individuo para actuar conscientemente frente a situaciones nuevas de la vida ya que es un conjunto de influencias que se ejercen en forma espontánea a través del medio físico y del ambiente social como la familia, la iglesia, la comunidad.

La educación se basa en un proceso sistemático de información y desarrollo de habilidades que se propone la adquisición activa de nuestros elementos o habilidades relacionadas con la anticoncepción para lograr a largo plazo un cambio en las actitudes y comportamientos de la sociedad en general, a través de la familia, la pareja y los individuos.

En la educación el trabajador social establece con el paciente una comunicación vi direccional, favoreciendo el intercambio y la retro información, así como la verificación y aplicación práctica del conocimiento.

CONSEJERIA.- Es el proceso de comunicación interpersonal que tiene como propósito ayudar a los usuarios de los servicios a tomar decisiones informadas y voluntarias acerca de su salud reproductiva, partiendo de un análisis conjunto, de sus circunstancias individuales, de sus expectativas de vida y reproducción, así como de sus necesidades de información.

La consejera permite al trabajador social llegar más allá de la información y es de carácter mas profundo que la educación. Hay que clasificar dudas, disminuir temores, despejar algunos mitos y conflictos así como brindar apoyo y seguimiento a los usuarios que lo requieran.

La importancia de la consejería en las acciones de salud reproductiva y planificación familiar estriba en permitir una comunicación directa y privada con el paciente con un carácter mas profundo.

La consejería tiene como propósito:

- Favorecer el papel activo y responsable del usuario.
- Contribuir a que el usuario tome decisiones informadas y voluntarias acerca de su salud reproductiva.
- Ayudar al usuario a considerar sus necesidades y sentimientos particulares.
- Permitir al usuario que valore los beneficios y riesgos del empleo de métodos anticonceptivos así como la adopción de otras conductas de protección a la salud reproductiva.

Estos derechos de los usuarios se convierten a la vez en principios que rigen la acción del trabajador social o consejero.

3.5 ELEMENTOS TECNICOS Y METODOLOGICOS DE LA CONSEJERÍA.

Es el orden a seguir el trabajado social para facilitar la toma d decisiones.

1. Atender al usuario.
2. Consultar y evaluar las necesidades, deseos e inquietudes del paciente.
3. Comunicar cuales son los métodos.
4. Encaminar al usuario hacia las acciones el empleo del método mas apropiado.
5. Demostrar como se usa el método indicado.
6. Acordar la fecha de la próxima visita.

Las técnicas son el recurso en el que el trabajador SOCAL se apoya para lograr el objetivo y efectuar con mayor eficiencia su labor.

1. ESCUCHAR ATENTAMENTE- COMUNICACIÓN NO VERBAL.

Se refiere a aquellas habilidades por parte del trabajador social de escuchar, observar y detectar las necesidades y sentimientos que manifiestan al usuario.

2. PARAFRASEAR.

Al repetir con otras palabras lo que el usuario ha informado acerca de sus sentimientos, emociones y temores, el trabajador social mostrara que esta escuchando y comprende.

3 .FORMULAR PREGUNTAS SIGNIFICATIVAS.

Es una técnica que permite recabar información del usuario expresada por el mismo a través de la formulación de preguntas dirigidas por el trabajador social, que estimule al usuario a hablar de si mismo.

4 .IDENTIFICAR Y REFLEJAR SENTIMIENTOS.

Observando y escuchando, el trabajador social podrá intuir cuales son los sentimientos del usuario y comprenderlo, haciendo uso de la empatia, esta respuesta favorece la apertura a la comunicación.

5. DAR VALIDEZ AL USUARIO.

Es preciso ayudar al usuario a sentirse lo suficientemente seguro de si mismo para expresar con facilidad sus sentimientos comunes a ciertas situaciones.

6. PROMOVER INFORMACION.

Es una parte importante de la consejería que ayuda a las personas a tomar decisión informada.

7. RESUMIR.

Sirve para verificar la decisión que tomo el usuario.

8. LLEGAR A UN ACUERDO.

Es muy importante llegar a un acuerdo y dialogar sobre la siguiente etapa del proceso o fijar la fecha de la siguiente entrevista, si en esta no se logro nada y de acuerdo con lo que se haya decidido marcar las citas o visita.

3.6 DESARROLLO PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL.

La labor del trabajador social no es una tarea que pueda realizarse con facilidad ya que el consejero debe estar comprometido con su propio crecimiento tanto intelectual como emocional y social, por tanto es muy importante que el trabajador social alcance un autoestima alto que lo lleve a pensar y sentir positivamente tomando como marco de referencia los siguientes puntos.

- + Auto-conocimiento.
- + Auto- concepto.
- + Auto- evaluación.
- + Auto- aceptación.
- + Auto- respeto.
- + Auto- estima.

3.7 PERFIL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD (PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR).

“TENER CONVICCIÓN DE LOS OBJETIVOS DE LA INSTITUCCION.

SER SOCIALES.

TENER SEGURIDAD EN SI MISMOS.

HONESTIDAD

TENER CONOCIMIENTOS PROPIOS DE LA PROFESIÓN.

SER EFICIENTES EN SUS ACTIVIDADES.

ACEPTANTE.

EMPATIA.

CONGRUENTE.

DISCRETO”. (15)

(15) IMSS D.P.M. COORDINACION DE SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNO INFANTIL.
Material de apoyo para la extensión de la capacitación en salud
Reproductiva.
p.16 a 49.

CAPITULO IV

INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA CONSEJERIA SOBRE SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR CON LA POBLACIÓN URBANO MARGINADA DE NOPALILLO, MUNICIPIO DE EPAZOYUCAN, HGO.

4.1 CONCEPTO DE TRABAJO SOCIAL.

Evidentemente para que un trabajador social pueda ejercer su papel es indispensable la presencia de un individuo, grupo o una comunidad que demandan los servicios frente a una situación considerada como problemática.

El trabajo social es la profesión que procura crear una actitud crítica acerca de las causas- efectos de los problemas sociales, tratando de resolver o prevenir los problemas del individuo ayudándolos en su proceso de adaptación al medio y a la vez actuando sobre este para que los sujetos afectados por esos problemas asuman acciones organizadas y preventivas transformadoras, a fin de facilitar la satisfacción de sus necesidades y aspiraciones, elevando así su calidad de vida.

El campo de acción del trabajador social, esta localizado en las personas, sus conflictos, problemas, en su ambiente, en su grupo social y su comunidad para elevar su nivel de vida y sus posibilidades culturales y de progreso". (16)

(16) KISHNERMAN NATALIO 1981
Salud Pública y Trabajo Social.
p. 121 a 126

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO, MULTIDISCIPLINARIO Y TRABAJO SOCIAL.

El trabajo en equipo es la integración de las funciones que desarrollan diferentes técnicos o profesionistas a través de un programa de planificación familiar que persiguen objetivos concretos.

Es un trabajo coordinado e integrado multidisciplinario que permite un conocimiento integral de personas y situaciones que conducen al diagnóstico y tratamiento más detallado y que ofrece además oportunidades de superación profesional a sus integrantes.

De tal manera que un equipo de salud es el conjunto de técnicos y administrativos que trabaja armónicamente con objetivos precisos y en el que cada cual tiene una responsabilidad determinada.

4.2 EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL PROCESO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

La atención a la salud es uno de los múltiples factores que se incluyen en el proceso de la salud, enfermedad por la cual esta intenta enfocar hacia dos puntos básicos: acciones de protección a la salud aplicados en ausencia de enfermedad y acciones de diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación, aplicados ante la enfermedad para limitar su desarrollo.

La acción educativa en salud, en general implica para el trabajador social un conjunto de actividades, orientadas a crear comportamientos que permitan fomentar y conservar la salud individual y cobertura.

La educación se nutre de la investigación, en tanto necesita incorporar el conocimiento de la realidad como un todo y se centra en el aprendizaje, es decir, en el acto de pensar que lleva a la modificación de conductas.

El trabajador social es un educador social que se capacita y capacita a las personas afectadas por situaciones problemáticas en el conocimiento de una realidad correcta brindándoles los instrumentos para que puedan operar en ellas, ya que solo el conocimiento racional, sistemático y científico permite a los hombres encontrar alternativas viables, factibles para superar la realidad.

Más que manejar un concepto o definición académica, la educación para la salud se debe interpretar como un proceso de comunicación con la población orientada a proporcionar comportamientos sanos.

Es un proceso de comunicación en toda la extensión del significado del término, es decir, un emisor que envía un mensaje de salud a una población receptora de la que se espera una respuesta que se manifiesta en el comportamiento sano del individuo, la familia y la comunidad.

Conceptualizando la educación para la salud como proceso de comunicación, se realiza principalmente en tres tipos de medios.

INTERPERSONALES.

“Que son todos aquellos encuentros del trabajador social con su población beneficiada de la comunidad. Los cuales son previamente organizados, ya sea en la consulta en la que se emite el mensaje con una reunión grupal en la que se expone con claridad un tema, o se presenta una demostración, así mismo las visitas domiciliarias. Es sabido que estos medios de persona a persona son de mayor impacto cuando son aplicados con destreza y conocimientos.

Resumiendo la educación para la salud se vale de todos los medios o elementos comunicativos y de interacción: reuniones, diálogos o convivencias, motivación, animación, etc. Promovido por todos los medios antes citados a fin de que la población aprenda esencialmente a participar en actividades de salud y conozca y demande los servicios que proporcionan las instituciones públicas de salud.

En el ámbito de protección a la salud, la promoción constituye el motor que impulsa a la población hacer el auto cuidado de la salud, del uso adecuado de los servicios y la participación organizada en actividades de beneficio comunitario.

La promoción de la salud trata de impulsar las motivaciones, intereses y aspiraciones que conducen a personas y a grupos a actuar en busca de mejores condiciones de salud y vida”. (17)

(17) Centro de investigación de ciencias de la salud.
Introducción a la salud pública.
México.

4.3 METODOLOGIA DE TRABAJO SOCIAL.

En trabajo social el método básico consiste en el estudio del individuo, del grupo o de la comunidad en sus elementos esenciales, aspectos y circunstancias más significativas, en la interpretación o diagnóstico de sus necesidades y potencialidades, en el trazo de los planes para tratar problemas o atender necesidades y aspiraciones y en la ejecución de los planes elaborados.

La enseñanza de este método fundamental se desarrolla en tres procesos básicos:

- Trabajo social de caso.
- Trabajo social de grupo.
- Investigación, organización y desarrollo de la comunidad.

4.3.1 TRABAJO SOCIAL DE CASO.

“Es el método que estudia individualmente la conducta humana a fin de interpretar, descubrir y encauzar las condiciones positivas del sujeto y debilitar o eliminar las negativas como medio para lograr el mayor grado de ajuste y adaptación entre el individuo y la sociedad”. (18)

Estudio social de casos.

“Comprender los problemas de cada individuo en la forma más completa posible, investigación escrupulosa, cuidadosa del individuo y los problemas que presenta.

Aumentar la capacidad del individuo para darle oportunidad de hacerle frente a sus problemas.

Mejorar tensiones existentes en las relaciones familiares.

Estudia las características individuales, necesidades y antecedentes”. (19)

(18) MONTALDO HEDDY Y E.
Psicología y Asistencia Social Individualizada. 1965
pp.85

(19) BRAYYL TUERLENKY.
La Asistencia Social Individualizada. 1965
pp. 34

“El objetivo del estudio social de casos es movilizar las capacidades del individuo para que se transforme en persona a través de la educación social y de su medio para que haga frente a sus problemas, a través del esfuerzo personal y con los recursos institucionales a su alcance.

Es decir, alcanzar su promoción social lo que implica que el ser humano, es capaz de organizarse y movilizarse en la búsqueda de solución a sus necesidades, así como integrarse como persona.

Para la formación de un estudio de caso se debe aplicar el proceso a matriz metodológica que consta de INVESTIGACIÓN O FASE SE ESTUDIO SOCIAL, DIAGNOSTICO O ANALISIS OPERATIVO SITUACIONAL, PLAN SOCIAL DE TRATAMIENTO O PLAN DE EDUCACIÓN SOCIAL Y TRATAMIENTO SOCIAL A LA PROMOCIÓN SOCIAL, EVOLUCIÓN DEL CASO.

ELEMENTOS PRACTICOS DEL ESTUDIO SOCIAL DE CASOS.

- La entrevista.
- La observación.
- El informe.
- El estudio social.
- La supervisión en el estudio social”. (20)

4.3.2 TRABAJO SOCIAL DE GRUPOS.

“Es un proceso que a través de experiencias busca capacitar al individuo para que conozca su realidad objetiva y la forma de actuar sobre su estructura social, además es un instrumento esencial en la motivación y educación social para el cambio de estructuras siendo un factor terapéutico, preventivo y rehabilitatorio.

Es un método de educación socializante en el que se refuerzan los valores del individuo para promover su cooperación y responsabilidad en una acción integrada en el proceso de desarrollo”. (21)

(20) ZENTENO PATIÑO MA. EUGENIA.
Metodología para el estudio social de casos.1998
pp. 10 a 12

(21) CONTRERAS DE WILHELM YOLANDA.
Trabajo Social de Grupos.1980
pp. 43, 57, 95,100.

“Los grupos dirigidos por trabajadores sociales reúnen ciertas características como son:

- Permanencia y continuidad.
- Organización.
- Desarrollo de tradiciones y costumbres.
- Interacción con otros grupos.
- Desarrollo del espíritu de grupo.

ETAPAS DE FORMACIÓN DE UN GRUPO.

FORMACIÓN: Es el nacimiento del grupo, la función del trabajador social en esta fase es el estudio o investigación para la formación del grupo y un diagnóstico inicial que permitirá formular metas y toda la planeación que se realizara en las etapas de formación.

ORGANIZACIÓN: Es el desarrollo del grupo, las características de esta etapa son:

- Asistencia regular por parte de los miembros.
- División del trabajo justa y eficiente.
- Identificación del grupo al llamado “nosotros o nuestro grupo”.
- Tensiones disminuidas para la obtención de objetivos.

INTEGRACIÓN: Es la maduración del grupo, sus características son:

- Logro de los propósitos.
- Proceso de gobierno y funcionamiento adecuado.
- Espíritu del grupo o de solidaridad.
- Deseo de participación social.

DECLINACIÓN O MUERTE DEL GRUPO: Esta etapa se da cuando:

- Las metas se han alcanzado.
- El grupo estableció un período de actividades y estas han concluido.
- Por falta de integración.
- Por falta de adaptación”.⁽²¹⁾

(21) CONTRERAS DE WILHELM YOLANDA.
Trabajo Social de Grupos.1980
Pp.45, 57, 95, 100

4.3.3. TRABAJO SOCIAL DE COMUNIDAD.

“En la práctica del trabajo medico-social existe la tendencia a actuar en el campo de la salud, con la inclusión del descubrimiento de los problemas y la identificación de las áreas en las cuales estos problemas podrían presentarse.

Así el trabajador social esta enfocado al desarrollo de los máximos potenciales de la comunidad como un instrumento para la prevención y solución de sus problemas, respondiendo con sus nuevas actividades a las sugerencias de la comunidad, identificando a los individuos vulnerables antes que se desajusten.

El énfasis del trabajador social es encontrar las causas del problema para prevenirlo y luego saber como promover los intereses de la comunidad para hacer efectivo el programa preventivo, estar familiarizado con los objetivos del programa, así como los recursos del tratamiento.

En todos los programas de salud, la comunidad juega el papel más importante debido a que por sus carencias y necesidades se va a determinar que servicios se va a ofrecer a la comunidad.

Dentro de la consejería en salud reproductiva y planificación familiar el trabajador social aplica el proceso metodológico que a continuación definiremos y que determina las carencias que afectan al desarrollo de la población y participa brindando los recursos posibles para mejorar el nivel de vida disminuyendo carencias y satisfaciendo las aspiraciones de los marginados.

La definición de este nivel se encuentra dividida en varios conceptos:

INVESTIGACIÓN SOCIAL: Es un proceso que utilizando el método científico permite obtener nuevos conocimientos en el campo de la realidad social, también estudia una situación para diagnosticar, necesidades y problemas a efecto de aplicar los conocimientos con fines prácticos.

ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD: Es un proceso dirigido hacia la creación de recursos y mantenimiento del equilibrio necesario entre tales recursos y necesidades dentro de un área geográfica.

La organización de la comunidad en salud es de suma importancia, ya que es el medio para producir salud y fundamento de todo programa.

DESARROLLO DE LA COMUNIDAD:

Es una práctica o técnica social que esta en el plano de la acción social, entendiendo por técnica social un conjunto de reglas y práctica sistemáticas cuyos procedimientos de ser aplicados se traducen en acciones mediante los cuales se modificará y transformará algún aspecto de la sociedad.

Hay desarrollo de la comunidad cuando las acciones se promueven y ejecutan como un proceso educativo concientizador que desarrolla las potencialidades tales de los individuos, grupos y comunidades para su desarrollo.

PROCESO METODOLOGICO.

Este proceso metodológico que corresponde a este nivel de intervención esta compuesto

Investigación preliminar.
Diagnostico preliminar.
Plan preliminar.
Ejecución preliminar.

Investigación general.
Diagnostico general.
Plan general.
Ejecución preliminar". (22)

(22) ANDER-EGG EZEQUIEL.
Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad.2000
pp. 27 a 53

PROPUESTA DE INTERVENCION.

Como resultado del análisis efectuado en la investigación preliminar mostrada en el primer capitulo, me permito presentar como propuesta para llevarse a cabo en la Comunidad de Nopalillo, Hgo. Un proyecto que se fundamenta en el problema Principal detectado referente a la falta de información sobre Salud Reproductiva y Planificación Familiar en la Población.

PROYECTO: “INFORMADOS PARA VIVIR MEJOR”

NATURALEZA DEL PROYECTO:

Este proyecto surge de la necesidad de la población en edad fértil (15 a 45 años) de la comunidad de Nopalillo, Hgo., de obtener información objetiva, clara y veraz sobre su salud reproductiva y Planificación Familiar, particularmente sobre los métodos anticonceptivos ya que en base a los resultados aquí mostrados de la investigación realizada, se puede distinguir que esta población carece de mucha información relacionada con estos aspectos, faltando difusión en este tipo de población lo que dificulta tomar decisiones informadas en relación a su salud reproductiva en general.

FUNDAMENTACIÓN:

Durante la realización de este estudio sobre la función del trabajador social en las acciones de salud reproductiva y planificación familiar con la población urbano marginada de la comunidad de Nopalillo, municipio de Epazoyucan, Hidalgo, he podido observar, a las mujeres en edad reproductiva que no utilizan métodos de planificación familiar.

Las características sociales, culturales y sexuales son aprendidas en la cultura y sociedad específica en la que uno crece y vive, nos enfrentamos a un problema social y a la vez extraordinariamente interesante, ya que la falta de ingresos que manifiestan tener algunas personas encuestadas y el poco interés mostrado para utilizar métodos de planificación familiar.

Ocasionalmente con esto que las familias integradas por muchos hijos no tengan el suficiente ingreso para satisfacer sus necesidades básicas, he aquí la importancia de una metodología anticonceptiva, ya que si el problema no se trata este no dejara de existir, es por eso la propuesta de mi proyecto.

OBJETIVO GENERAL:

Lograr que las mujeres de la comunidad de Nopalillo, tengan mayor información sobre métodos anticonceptivos que puedan utilizar, afín de realizar acciones de prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Organizar un taller para que las mujeres conozcan los métodos de planificación familiar que existen.
- Generar un proceso de reflexión en las mujeres sobre las posibilidades de brindarles un mejor futuro a sus hijos.
- Fomentar la cultura de la prevención a mujeres en edad fértil.
- Supervisar la función del trabajador social en el taller, a fin de llevar un control sobre como se va llevando a cabo el proyecto.

SERVICIO QUE PRESTA EL PROYECTO A LA COMUNIDAD.

Este proyecto tiene la finalidad principal de promover, informar y educar en la población urbano-marginada de la comunidad de Nopalillo, Hgo., brindando el acceso a la información y servicios al momento de requerirla dentro de su misma comunidad.

LOCALIZACION FISICA DEL PROYECTO:

El proyecto se realizara en las instalaciones de la clínica rural, de la comunidad de Nopalillo, municipio de Epazoyucan, Hidalgo.

UNIVERSO DE TRABAJO:

Mujeres en edad reproductiva de la comunidad de Nopalillo.

RESPONSABLE:

Trabajador social.

DESARROLLO DE ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR:

De manera general mencionare que las actividades a realizar en este proyecto tiene un enfoque informativo-educativo con apoyo de personal altamente capacitado que conforma el equipo multidisciplinario, conformado por trabajadores

sociales, médicos y especialistas en la materia cuyo interés es brindar información y consejería objetiva, clara y veraz sobre salud reproductiva y planificación familiar a través de asambleas, dinámicas, conferencias y consultas privadas y personalizadas, así como apoyo y orientación a toda la población de la comunidad para su toma de decisiones sobre su Salud Reproductiva.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

El tiempo considerado para el desarrollo de este trabajo se divide en trimestres los cuales tendrán un avance progresivo dependiendo de la determinación de actividades y la forma de desarrollarla.

Se pretende que el proyecto se mantenga en la comunidad y que se extienda a otras comunidades de Epazoyucan, Hgo.

CONTROL Y EVALUACION.

Esta se llevara a cabo por el Trabajador Social en cada sesión a través de todos aquellos medios o instrumentos que utilizada como el cuaderno de notas, hojas de inscripción, lista de asistencia, crónicas de grupo, hojas de registro, cedula de evaluación, observación y fotografías.

DESARROLLO DE ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR.

ACTIVIDAD O TAREA A REALIZAR	PROPOSITO (S)	PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS.	RECURSOS	CALENDARIO DE ACTIVIDADES	MEDIO DE EVALUACION
Detectar Población Clave dentro de la Comunidad	Dar a conocer el Proyecto a la población de la comunidad.	Observación, motivación Entrevista. Observación. Técnica expositiva.	Humanos: Promotor, Materiales: Libreta, Lápiz, lapiceros, Financieros: \$200.00.	2 semanas	Cuaderno de Notas Supervisión. Diario de campo. Informes de avances. Orden del día.
Promoción sobre la creación del proyecto dentro de la comunidad.	Motivar a la gente de la comunidad a participar en la realización del proyecto.	Observación, entrevista, motivación.	Humanos: Trabajador Social, Promotor. Materiales: Volantes, Carteles, libreta, lápiz. Financieras: 800.00	3 semanas	Cuaderno de Notas. Supervisión. Diario de campo. Informe de avances. Orden del día.
Inscripción al Grupo	Formación del Grupo a través de fichas de inscripción, para tener un control sobre los integrantes que forman el grupo.	Observación, entrevista y motivación.	Humanos: Trabajadores Sociales, Promotores. Materiales: Uniformes, Mesas, sillas, hojas de registro, lista de inscripción, libretas, lápices. Financieros: \$ 1,000.00	1 semana	Cuaderno de Notas, Hoja de Inscripción, Hojas de Registro. Crónicas de grupo. Orden del día. Informes de avances. Diario de campo.
Primera Reunión Asamblea	Dar a conocer el contexto y como se llevara a cabo la organización del proyecto y del grupo así como el contenido del proyecto para motivar a la gente a permanecer en el.	Observación, motivación, concientización, sensibilización y técnica expositiva.	Humanos: Médicos, Trabajadores Sociales. Materiales: Uniformes Mesas, sillas, pizarrón, portafolio, hoja de registro de inscripción, libreta, lapiceros, gises, borrador. Financieros: \$ 2,000.00	1 semana	Cuaderno de Notas, Hoja de Inscripción, Hojas de Registro, Listado de Asistencia, Crónicas de Grupo. Supervisión. Diario de campo. Orden del día. Informe de avances.
Inicio del Proyecto, Introducción y Presentación de todos los participantes y miembros del grupo	Iniciar el proyecto con el grupo motivándolos a participar.	Observación, motivación, concientización, entrevistas, dinámica grupal.	Humanos: Trabajadores Sociales, Médicos, Enfermeras Materiales: Mesa, sillas, rota folios, pizarrón, borrador, gises,	2 semanas	Cuaderno de Notas, Listado de Asistencia, Crónicas De Grupo, Cédula de Evaluación. Orden del día

			carteles, cuadernos, lápices, lapiceros, cuaderno de notas Financieros: \$ 1,500.00		Informe de evaluación. Diario de campo.
Exposición de Temas: 1.- Sexualidad en Nuestros tiempos. 2.- Introducción a la Salud Reproductiva y Planificación Familiar.	Que los miembros del grupo tengan un concepto claro y veraz sobre el tema	Observación, entrevistas, motivación, concientización técnica expositiva y lluvia de ideas, mesa de trabajo.	Humanos: Trabajador Social, Expositor, Médicos. Materiales: Rota folio, Mesa, Sillas, Libretas, Lapiceros, gises, cuaderno de notas. Financiero: \$ 500.00	2 semanas	Cuaderno de Notas, Listado de Asistencia, Crónicas De Grupo. Informe de avances. Diario de campo. Orden del día.
Exposición de Tema: 1.- Que es la Planificación Familiar 2.- Orientación Sexual a Adolescentes.	Brindar información objetiva y clara sobre este tema a los miembros del grupo	Observación, entrevista, motivación, concientización.	Humano: Trabajador Social, Expositor, Médico. Materiales: Rota folio, Mesa, Sillas, Libretas, lapiceros, lápices, cuaderno de notas. Financieros: \$ \$ 500.00	2 semanas	Cuaderno de Notas, Listado de Asistencia, Crónicas De Grupo. Orden del día. Diario de campo. Informe de avances.
Exposición de Tema: 1.- Enfermedades de Transmisión Sexual. 2.- Riesgo Reproductivo. 3.- Metodología Anticonceptiva.	Dar a conocer cuales son y sus consecuencias así como los métodos anticonceptivos que existen.	Observación, concientización, motivación, técnica expositiva, lluvia de ideas.	Humanos: Trabajador Social, Expositor, Médicos. Materiales: Rota folio, Mesa, sillas, libretas, lapiceros, lápices, cuaderno de notas, Financieros: \$ 500.00	2 semanas	Cuaderno de Notas, Listado de Asistencia, Crónicas De Grupo, Observación. Informe de avances. Diario de campo. Hereden del día.

Inicio a la Atención Médica dentro de la Comunidad, Consultas individualizadas y privadas con apoyo de consejería y metodología anticonceptiva.	Que el personal especializado trabaje conciente - mente para brindarle un mejor servicio a la población.	Observación. Entrevista. Motivación concientización Mesas de trabajo. Observación.	Humanos: Médicos, Enfermera, Trabajadores Sociales, Materiales: Equipo Médico, Mesa, Sillas, Hojas de Registro, Hojas para Datos Personales, Hoja de Registros sobre situación clínica, cuaderno de notas, lapiceros, rota folios, trípticos, financieros: 3,000.00	ilimitado	Cédula de Entrevistas, Cuaderno de Notas, Registro de Asistencia Diario de campo. Orden del día. Informe de avances.
---	--	--	---	-----------	---

CONCLUSIONES.

El reto para encontrar soluciones, hace necesario el considerar el desarrollo integral del bienestar social tomando en cuenta los valores e intereses de la población, implementando programas en donde se oriente e informe a la población en general, con personal adecuadamente capacitado para tomar una decisión de acuerdo a su estado físico, social y emocional sobre los métodos anticonceptivos que puede utilizar.

La función del trabajador social en estos programas es importante por que tiene un mayor contacto con la gente y deberá motivarla, concientizar sobre la importancia de la metodología anticonceptiva, para evitar embarazos no deseados, así como enfermedades de transmisión sexual.

Actualmente en las clínicas rurales no existe personal ampliamente capacitado para realizar acciones que coadyuvan a la población a tomar una decisión adecuada ya que la función del trabajador social, la desempeñan profesionales que no cuentan con las herramientas necesarias para concienciar, sensibilizar y motivar a la población; por lo que considero importante que las autoridades de la comunidad se coordinen para financiar programas de salud reproductiva, en donde la labor del trabajador social presente y sea realizada por trabajadores sociales.

ANEXOS

PROYECTO “INFORMADOS PARA VIVIR MEJOR”

ENCUESTA REALIZADA EN LA COMUNIDAD DE NOPALILLO MUNICIPIO DE EPAZOYUCAN, HIDALGO.

INSTRUCCIONES:

Las siguientes preguntas tienen el propósito de obtener información que nos permita conocer algunas causas por las cuales las mujeres en edad reproductiva por falta de información no emplean métodos de planificación familiar, por lo cual le pedimos que conteste con veracidad.

Elija una opción de respuesta marcando con una X en las siguientes preguntas.

I. DATOS DE INFORMACIÓN GENERAL.

1. Marque a que grupo de edad pertenece.

- | | |
|------------|------------|
| a) 14 a 20 | b) 21 a 25 |
| c) 28 a 30 | d) 31 a 35 |
| e) 36 a 40 | f) 41 a 45 |

2. Marque su estado civil.

- | | |
|----------------|----------------|
| a) soltera. | b) Unión libre |
| c) Casada | d) Viuda. |
| e) Divorciada. | |

3. Marque su grado de escolaridad.

- | | |
|---------------------|---------------------|
| a) Sin escolaridad. | b) Primaria. |
| c) Secundaria. | d) Carrera técnica. |
| e) Preparatoria. | f) Profesional. |

4. Marque a que se dedica.

- | | |
|-----------------|-----------------|
| a) Ama de casa. | b) Subempleada. |
| c) Empleada. | d) Obrera. |
| e) Otro. | |

5. Mencione cuales son sus ingresos.

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| a) Salario mínimo. | b) Mas del salario mínimo. |
| c) Menos del salario mínimo. | |

6. ¿Cual es la ocupación de su esposo, cónyuge o pareja?

- | | |
|-----------------|-----------------|
| a) Desempleado. | b) Subempleado. |
| c) Obrero. | d) Empleado. |
| e) Otro. | |

7. ¿Cuales son los ingresos de su cónyuge?

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| a) Salario mínimo. | b) Mas del salario mínimo. |
| c) Menos del salario mínimo. | |

8. ¿La vivienda que habita es?

- | | |
|-----------------|-------------|
| a) Casa propia. | b) Rentada. |
| c) Prestada. | |

9. Marque la religión a la que pertenece.

- | | |
|-----------------------|---------------|
| a) Católica. | b) Cristiana. |
| c) Protestante. | c) Bautista. |
| d) Testigo de Jehová. | f) Otro. |

II.- ASPECTOS SOCIO-DEMOGRAFICOS.

1. Marque el número de hijos que tiene.

- | | |
|------|-------------|
| a) 0 | b) 1 |
| c) 2 | d) 3 |
| e) 4 | f) 5 o más. |

2. Marque el número de embarazos que ha tenido.

- | | |
|-------------|------|
| a) 0 | b) 1 |
| c) 2 | d) 3 |
| e) 4 | f) 5 |
| g) 6 o más. | |

3. Marque el número de abortos que ha tenido.

- | | |
|------|-------------|
| a) 0 | b) 1 |
| c) 2 | d) 3 |
| e) 4 | f) 5 o más. |

4. Marque el (los) método (s) anticonceptivo (s) que ha utilizado.

- | | |
|---------------------|------------------------------|
| a) Ritmo o billing. | b) Óvulos, jaleas o espumas. |
| c) Diafragma. | d) Coito interrumpido. |
| e) Pastillas. | f) Inyecciones. |
| g) DIU. | h) Preservativo. |
| i) Ninguno. | |

5. ¿Esta usted embarazada?

- | | | |
|-------|-------|-----------|
| a) SI | b) NO | C) No Se. |
|-------|-------|-----------|

6 ¿Acude a recibir consulta en algunas d las siguientes instituciones?

- | | |
|--------------|-------------|
| a) IMSS. | B) SSA |
| c) ISSSTE. | D) PEMEX. |
| E) FARMACIA. | F) Ninguno. |

7. ¿Que método utiliza actualmente?

- a) Ritmo de billing.
c) Diafragma.
e) Pastillas.
g) DIU.
i) Ninguno.
- b) Óvulos, jaleas o espumas.
d) Coito interrumpido.
f) Inyecciones.
h) Preservativo.

8. ¿Sus valores personales evitan que utilice un método anticonceptivo?

- a) Si b) No ¿Por qué?

9. ¿Sus tradiciones y costumbres intervienen en la decisión de utilizar algún método anticonceptivo?

- a) Si b) No ¿Por qué?

10. ¿Sus mitos y creencias impiden que utilice algún método de planificación familiar?

- a) Si b) No ¿Por qué?

11. ¿La falta de empleo influye en usted para decidir utilizar algún método anticonceptivo?

- a) Si b) No ¿Por qué?

12. ¿Su situación económica influye para decidir utilizar algún método anticonceptivo?

- a) Si b) No ¿Por qué?

13. ¿Algún problema de salud influye en usted para utilizar algún método anticonceptivo?

- A) Si b) No ¿Por qué?

[illegible]

a) Si b) No ¿Por qué?

a) Si b) No ¿Por qué?

a) Si b) No ¿Por qué?

a) Si b) No ¿Por qué?

III.- CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, CALIDA DE SERVICIOS DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD.

1. Mencione los métodos anticonceptivos que usted conoce.

- a) Ritmo de billing
b) Óvulos, jaleas o espumas.
c) Diafragma.
d) Coito interrumpidos.
e) Pastillas.
f) Inyecciones.
g) DIU
h) Preservativo.
i) Otro.

2. ¿A que edad una mujer no debe embarazarse por que puede tener problemas de salud?

- | | |
|----------------|--------------|
| a) Menos de 18 | b) Mas de 18 |
| c) Menos de 35 | d) Mas de 35 |
| e) No sabe | f) Otra |

3. ¿Cuánto tiempo debe esperar una mujer para un nuevo embarazo después de un parto?

- | | |
|-----------|------------|
| a) 1 año | b) 2 años |
| c) 3 años | d) 4 años |
| e) 5 años | f) 6 años. |

4. ¿Después de cuantos embarazos aumenta el riesgo de salud para la madre y el bebe?

- | | |
|-----------------|-----------------------|
| a) 1 embarazo. | B) 2 embarazos |
| c) 3 embarazos. | d) 4 embarazos. |
| e) 5 embarazos. | f) 6 embarazos o más. |
| h) No sabe. | |

5. ¿Mencione que enfermedades durante el embarazo ponen en peligro la salud de la madre y el nuevo bebe?

- | | |
|-------------|-----------------|
| a) Diabetes | b) Presión alta |
| c) Corazón | d) Riñones |
| e) Otra | f) No se |

6. ¿Sabe usted como evitar la transmisión de enfermedades por relaciones sexuales?

- a) Evitando tener relaciones con varias personas.
- b) No tener relaciones sexuales.
- c) Utilizando el preservativo o condón.
- d) No sabe.
- e) Otra _____

7. Considera usted que la atención brindada por el personal de planificación familiar de las instituciones públicas es:
- a) EXCELENTE b) BUENA c) REGULAR d) MALA
8. Considera que la calidad de información brindada por el personal de planificación familiar es:
- a) EXCELENTE b) BUENA c) REGULAR d) MALA
9. La confianza y comprensión que le brinda el personal de planificación familiar para que usted utilice algún método anticonceptivo es:
- a) EXCELENTE b) BUENA c) REGULAR d) MALA
10. La información que le da el personal de planificación familiar de las instituciones públicas de salud es clara, precisa y entendible para elegir un método anticonceptivo.
- a) EXCELENTE b) BUENA c) REGULAR d) MALA
11. El horario de atención del personal de las áreas de planificación familiar en las instituciones de salud pública son accesibles a sus necesidades para recibir la atención.
- a) EXCELENTE b) BUENA c) REGULAR d) MALA
12. La consejería que le brinda el personal de planificación familiar es.
- a) EXCELENTE b) BUENA c) REGULAR d) MALA
13. ¿De que temas relacionados con la planificación familiar y vida sexual le gustaría conocer?
- a) Metodología anticonceptiva.
b) Enfermedades de transmisión sexual.
c) Riesgo reproductivo.
d) Orientación sexual a adolescentes.
e) Otra. Cual _____

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

BIBLIOGRAFIA.

FUENTES DE INFORMACIÓN BIBLIOGRAFICA.

1. ALARCÓN N. Francisco. Juárez Tovar Consuelo. Organización de los Servicios de Salud Reproductiva en las unidades de Atención Medica, México 1993.
2. ALAYON Norberto- Asistencia y Existencialismo o erración de la pobreza, México. 2da edición.
3. AMADOR PÉREZ G. Sergio, Monografía de Nopalillo del Municipio de Epazoyucan, Sistema de Educación pública de Hidalgo. Instituto Hidalguense de educación, Departamento de Tele secundaria México, enero 1998.
4. ANDER EGG Ezequiel, Diccionario de Trabajo Social, Lumen 1995.
5. ANDER EGG Ezequiel. Metodología y Práctica del desarrollo de la comunidad. Argentina. Lamer. 2000.
6. BARRA AGUIRRE Mirna, Gómez Guzmán Naftalí, Educación para la vida, Enfermedades de Transmisión sexual, México 1998.
7. BRAYYL Tuerlenky. La Asistencia Social Individualizada. Argentina. Aguilar. 1965.
8. CONTRERAS de Wilhelm Yolanda. Trabajo Social De Grupos. México. Pax 1995.
9. GISPET Carlos – Navarro Joaquín. Enciclopedia Autodidáctica Interactiva. Océano Grupos Editorial, S.A.
10. KISHNERMAN Natalio. Salud Pública y trabajo Social. Buenos Aires. Humanitas. 1981.
11. MONTALDO Heddy Y E. Psicología y Asistencia Social Individualizada, México, 1965.
12. ZEDILLO PONCE DE LEÓN Ernesto, Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000.
13. ZENTENO Patiño Ma. Eugenia. Metodología para el Estudió Social de Casos, México. ETME: 1998.

FUENTE DE INFORMACIÓN INSTITUCIONALES.

14. CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD. Introducción a la Salud Pública. México, 2000.
15. CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, Ley general de población y Reglamento de la Ley General de Población, México, 1993.
16. IMSS. DPM Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil, Material de Apoyo para la Extensión de la Capacitación en la Salud Reproductiva, México 1995.
17. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. DPM Coordinación de Salud Reproductiva y materno infantil. Campaña Nacional y de Extensión de las acciones de Salud reproductiva México 1995-200.

FUENTE DE INFORMACION DE PÁGINAS WEB.

MEXICO: Comportamiento reproductivo y marginación social 1970- 1990 elemento para un diagnostico geográfico en salud reproductiva. Carlos García.

18. <http://consejotedesarrollosocial.org.mx/marginación%20misionvision.htm>.

Salud Pública, México 1993, Roberto Castro- Perez.

19. www.insp.mx/salud/37/374-ls.html-37k

Gabriela Rodríguez R. Septiembre 2000.

20. <http://www.aids-sida.org/ongs-inj.html>.

21. <http://www.geocities.com/lente/3/06:htm>.

Ma. José López. Septiembre 2002.

22. <http://www.psicopedagogia.com/definición/casertividad>.