

U.N. CUYO.- F.C.M.

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Carrera de Licenciatura en Enfermería

TRABAJO FINAL

INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

SALUD REPRODUCTIVA

AUTORAS

Rodríguez, María Anunciación M.P. Enfer. N° 926

Vargas, Stella Maris M.P. Enfer. N° 624

Zeballos, Miriam Isabel M.P. Enfer. N° 937



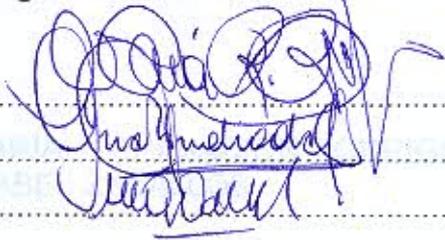
Mendoza, Febrero 2004

Esta investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo y del Ministerio de Desarrollo Social y Salud y la misma no podrá ser publicada en toda o en parte o resumirse, sin el consentimiento escrito de la Dirección de la Escuela y/o Autoras del trabajo.

2004

Investigación Aprobada:

Integrantes de Tribunal Examinador:


.....
.....
.....

Fecha: 27/02/04

PRÓLOGO

Es nuestro propósito mediante este proyecto de investigación, encontrar fundamentos para acciones de enfermería que permitan atenuar las consecuencias de la falta de conocimiento y utilización del Programa Provincial de Salud Reproductiva, en el Centro comunitario Dr. Ramón Carrillo de El Sauce, Guaymallén, Provincia de Mendoza.

En nuestra provincia esta en vigencia la Ley Provincial de Salud Reproductiva, que tiene como finalidad la optimización de la Salud Sexual de la población.

Nos proponemos realizar un estudio de tipo descriptivo que podrá servir como un inicio para estudios posteriores más profundos.

Debemos agradecer el valioso aporte y colaboración de todo el equipo de salud del Centro Comunitario Dr. Ramón Carrillo y a la población usuaria.

MARÍA ANUNCIACIÓN RODRÍGUEZ, STELLA MARIS VARGAS Y MIRIAM ISABEL ZEBALLOS

Mendoza, Febrero de 2004

INDICE GENERAL

Página

PORTADA.....	I
PÁGINA DE ADVERTENCIA.....	II
PÁGINA DE APROBACIÓN.....	III
PRÓLOGO.....	IV
ÍNDICE GENERAL.....	V
ÍNDICE DE TABLAS Y GRAFICOS.....	VI
INTRODUCCIÓN.....	1
TEMA: PLANTEO DEL PROBLEMA.....	2
OBJETIVOS - PROPÓSITO.....	3
MARCO TEÓRICO.....	4
HIPOTESIS - PLANTEO DE VARIABLES.....	11
DISEÑO METODOLÓGICO.....	12
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	14
ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	16
CONCLUSIONES.....	30
RECOMENDACIONES.....	32
ANEXOS.....	33
ANEXO 1 ENCUESTA.....	34
ANEXO 2 MATRIZ DE DATOS.....	36
BIBLIOGRAFIA.....	38

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Tablas	Páginas
I – Población femenina en edad fértil encuestadas en el Centro Comunitario Ramón Carrillo, según edad, entre Julio y diciembre de 2001.-.....	17
II – Población femenina en edad fértil encuestadas en el Centro Comunitario Ramón Carrillo, según nivel de instrucción, entre Julio y diciembre de 2001.-.....	18
III – Población femenina en edad fértil encuestadas en el Centro Comunitario Ramón Carrillo, según ocupación, entre Julio y diciembre de 2001.-.....	19
IV – Población femenina en edad fértil encuestadas en el Centro Comunitario Ramón Carrillo, según situación de pareja, entre Julio y diciembre de 2001.-.....	20
V – Población femenina en edad fértil encuestadas en el Centro Comunitario Ramón Carrillo, según si tienen hijos o no, entre Julio y diciembre de 2001.-.....	21
VI – Población femenina en edad fértil encuestadas en el Centro Comunitario Ramón Carrillo, según antecedentes de aborto, entre Julio y diciembre de 2001.-.....	22
VII – Población femenina en edad fértil encuestadas en el Centro Comunitario Ramón Carrillo, según utilización de métodos anticonceptivos, entre Julio y diciembre de 2001.-.....	23
VIII – Población femenina en edad fértil encuestadas en el Centro Comunitario Ramón Carrillo, según decisión individual o en pareja, entre Julio y diciembre de 2001.-.....	24
IX – Población femenina en edad fértil encuestadas en el Centro Comunitario Ramón Carrillo, por utilización de métodos anticonceptivos según edad, entre Julio y diciembre de 2001.-.....	25

X – Población femenina en edad fértil encuestadas en el Centro Comunitario Ramón Carrillo, por uso de métodos anticonceptivos según nivel de instrucción, entre Julio y diciembre de 2001.-26

XI – Población femenina en edad fértil encuestadas en el Centro Comunitario Ramón Carrillo, por conocimiento del P.P.S.R. según edad, entre Julio y diciembre de 2001.-28

XII – Población femenina en edad fértil encuestadas en el Centro Comunitario Ramón Carrillo, según información recibida, entre Julio y diciembre de 2001.-29

Figuras

Las figuras coinciden con el título y número de páginas de las tablas.

INTRODUCCIÓN

La salud reproductiva, es un tema que genera conflictos y denota una fuerte raigambre desde la historia, inserta en la cultura que ha establecido un nuevo paradigma ya que propone un cambio estructural y revolucionario en la sociedad.

La atención de la Salud Reproductiva, pretende entonces satisfacer las necesidades de salud relacionadas con la sexualidad y la procreación, sus acciones abarcan y trascienden la planificación familiar y la atención de la salud materno - infantil.

La ley N° 6433 de Salud Reproductiva, en vigencia desde el 24 de agosto de 1996 y el Programa de Salud Reproductiva, son dos instrumentos gubernamentales que han sido estructurados en función de la salud integral de la mujer.

La realización de este trabajo nos permitirá descubrir un instrumento necesario para nuestra sociedad. Indagar y estudiar con profundidad el Programa de Salud Reproductiva, nos mostrara la importancia de la función del rol de enfermería como profesionales del equipo de salud.

PLANTEO DEL PROBLEMA

En el año 2001, las autoras llevamos a cabo las prácticas de la materia Salud Comunitaria, por lo que tuvimos la oportunidad de relacionarnos directamente con el Centro Comunitario Dr. Ramón Carrillo, ubicado en el distrito 'El Sauce', del departamento de Guaymallén.

De la observación y el contacto con las actividades que realizamos en dicho Centro Comunitario y la población que asiste surgió la necesidad de comprender y manejar las metas y objetivos planteados en el PPSR, para poder prevenir en relación con la salud sexual y la salud materno-infantil.

El distrito El Sauce, limita al noroeste con el distrito Bermejo, al sur con el distrito Colonia Segovia, y al noreste con del distrito Buena Nueva (ver Anexo N°1).

El radio de influencia del centro de salud comprende los Barrios: Constitución, Santa Teresita, Paraguay, Asentamiento de los hornos de ladrillos. Además asiste a la demanda insatisfecha de los centros cercanos como son los de Colonia Segovia N° 13 y de Bermejo N°12.

La población que asiste al programa esta caracterizado por un nivel socio- economico-cultural medio bajo. Dicha población perteneciente a hogares carenciados y de bajos recursos como villas de emergencia localizadas en terrenos ocupados a orillas del ferrocarril y asentamiento, pertenecen a familias empobrecidas, numerosas, vulnerables, desocupados o con trabajo inestable en relación de dependencia, quienes carecen de obra social que los asista y es considerado de alto riesgo.

El programa, provee al Centro de Salud los materiales anticonceptivos como: pastillas, preservativos, DIU e inyectables, además de los servicios de control de embarazo, control de niño sano y colocación de DIU.

Los PAP y la Colposcopia, y distintos estudios complementarios ginecológicos, son derivados al Centro de Salud N° 16 o al Hospital Luis Lagomaggiore, dificultando su efectividad por razones de distancia y financieras.

El servicio se presta a través de: un medico de familia, quien atiende entre 15 y 17 turnos diarios, en horario corrido de 7 a 14 de lunes a viernes, una enfermera profesional y una administrativa. Además existe servicio de odontología y laboratorio que dependen del Hospital El Sauce.

Según las estadísticas, se atiende una población mensual (2001), de aproximadamente 700 personas, cuya población fértil equivalente alrededor del 45% al 50%, aproximadamente 300 mujeres entre 12 y 50 años.

Del fenómeno en estudio se nos planteo los siguientes interrogantes:

¿ Hay una correcta aplicación del Programa Provincial de Salud Reproductiva?

¿Habrà una buena captación de clientes por parte del equipo de salud?

¿La población estará correctamente asesorada y cubiertas sus necesidades?

¿Que interés existe en la población femenina en edad fértil, sobre la anticoncepción o en su defecto sobre el control de la natalidad, aborto y Enfermedades de Transmisión Sexual?

¿Existe una correcta difusión por parte del equipo de salud sobre la existencia y alcances de los objetivos del P.P.S.R.?

¿Los profesionales del área de enfermería se encuentran debidamente informados sobre el P.P.S.R.?

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿En qué medida la población femenina en edad fértil que asiste al centro comunitario Dr. Ramón Carrillo, tiene conocimiento y es captada por el equipo de salud hacia la utilización del P.P.S.R.?

OBJETIVOS

GENERAL Determinar la relación entre el conocimiento de la población sobre la existencia del Programa Provincial de Salud Reproductiva y la captación por parte del equipo del centro de salud, estableciendo la importancia del rol de enfermería como integrante del equipo de salud.

ESPECIFICOS

1. Determinar la franja etárea de mayor riesgo.
2. Determinar la disponibilidad del centro de salud con relación a programas y actividades educativas.
3. Identificar el rol participativo de la enfermera en programas y actividades educativas.
4. Diseñar una propuesta de actividades sobre educación sexual y reproductiva.

Propósito: establecer políticas de capacitación específica en el tema de salud sexual y reproductiva, y conocimiento sobre los alcances del P.P.S.R. de los enfermeros que se encuentren en áreas claves de contacto directo con la población afectada.

MARCO TEORICO

La Organización Panamericana de la Salud, define a la Salud Sexual y Reproductiva como "la posibilidad del ser humano de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección o de un embarazo no deseado, de poder regular la fecundidad sin riesgos de efectos desagradables secundarios y peligrosos, de tener un embarazo y parto seguro, de tener y criar hijos saludables". (4)

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva, basándose en el reconocimiento de las personas como sujetos de derecho, en especial de derecho reproductivo, están especialmente orientados al derecho de las personas a tener acceso a la información, la orientación, y todos los servicios disponibles que le permitan desarrollar una vida sana, libre y plena, pudiendo tomar decisiones responsables sin sufrir coacción, violencia, ni discriminación de ningún tipo. (8 - 9)

Para poder entender el universo que abarca este tema debemos dejar en claro algunos puntos muy importantes, como la determinación de la edad fértil de la mujer. Podemos definir fertilidad a la capacidad de producir gametos funcionales o cigotos viables'. El ciclo sexual femenino comienza con la aparición de la menstruación, entre los 11 y 15 años de edad acompañada de importantes cambios psíquicos y orgánicos como los ciclos ováricos, el desarrollo de los órganos sexuales secundarios y de mamas, y la distribución de la grasa de depósito y del pelo. El ciclo sexual femenino se extiende a lo largo de la vida hasta la menopausia, que ocurre entre los 45 y 50 años con la cesación de la menstruación marcando así el fin de la vida sexual fértil de la mujer. (5 - 8 - 9)

Históricamente la población argentina tiene una tendencia a la constitución familiar poco numerosa. La tasa de natalidad y el crecimiento poblacional se ubican entre los más bajos de América Latina. Sin embargo esto no es el resultado de la implementación de programas de planificación familiar de cobertura amplia desde el Estado, ya que la prevalencia de uso de anticonceptivos se encuentra significativamente también entre las más bajas de América Latina.

En Argentina, la tasa de mortalidad materna es de 38 por cada 100 nacidos vivos, cifra que se estima tiene un subregistro del 50%. En caso de la mortalidad materna por aborto, este subregistro se agrava por la presión que ejercen las sanciones penales y sociales. Estos datos unidos a los que aportan trabajos recientes sobre el aborto en Argentina nos manifiestan que en total se practican cerca de 400.000 abortos al año, con lo cual se deduce que el aborto es utilizado como último y desesperado recurso frente a un embarazo no deseado. (4)

En Mendoza, una investigación realizada bajo el auspicio de UNICEF/ Argentina, arrojó una tasa de mortalidad materna corregida de 82 cada 100mil nacidos vivos. El subregistro detectado del 36%, cuyas principales causas fueron:

1. Defunciones maternas ocurridas en domicilios por aborto, causa indirecta o tromboembolismo, constatados por certificado de defunción.
2. Derivaciones de pacientes obstétricas a servicios de cuidados intensivos en los que al producirse las defunciones no se consigna embarazo, parto o puerperio.
3. Errores en la codificación de los certificados de defunción.

El análisis de la mortalidad materna por grupos etáreos mostró que la tasa aumenta con la edad, siendo en el grupo de 40 a 44 años de edad 237 por 100mil. También se encontró que la tasa de mortalidad materna disminuye a medida que aumenta el nivel de instrucción de la madre. En mujeres analfabetas es de 286 por 100mil, mientras que en mujeres con nivel universitario completo e incompleto es de 9 por 100mil.

Los departamentos mendocinos, en los cuales más del 20% de la población vive en hogares con NBI, presentan una tasa de mortalidad materna de 99,9 por 100mil nacidos vivos.

El escaso control prenatal pone en riesgo a la madre y el niño con consecuencias como: bajo peso al nacer y prematuridad, desnutrición, muerte materna, abortos, secuelas psicológicas familiares y madres solteras. La problemática del embarazo no deseado es especialmente compleja en el caso de las adolescentes, con graves consecuencias en el proyecto de la vida personal, así como en la esfera familiar y social.

Los embarazos adolescentes se ven afectados por situaciones de particular riesgo psíquico y emocional, convirtiendo a los jóvenes en el sector más vulnerable del cuerpo social. Según la UNICEF, la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad, en 1980 fue del 80,6% y en 1990 del 69,7%. La morbilidad fetal en 1987 fue de 1,1% y en 1994 de 2,54%, correspondiendo el 15% de los partos en todo el país a adolescentes.

A su vez, la mortalidad materna, teniendo en cuenta el aborto como la principal causa de muerte según estadísticas oficiales nacionales y provinciales, se estima que una de cada 10 mujeres padecen secuelas severas que comprometen su futura fecundidad y salud en términos generales. (4)

La mujer que afronta un embarazo no deseado se encuentra ante una elección angustiada, la decisión de abortar la hunde en un dilema personal. De hecho, muchas personas tienen opiniones fuertemente emotivas al respecto, teñidas por creencias morales o religiosas, que pueden crear una gran tensión en la mujer al momento de la decisión. El hecho de que un embarazo no haya sido planeado, no es razón suficiente para solicitar un aborto, tienen que existir motivos importantes que anticipen problemas graves de continuar con el embarazo.

Los problemas económicos constituyen una parte importante, la mujer actualmente es fuente importante de ingresos familiares, por lo que un embarazo no solo representa otra boca para alimentar, sino que además interrumpe la fuente de ingresos. Las jóvenes solteras, sin pareja estable tienen normalmente otras prioridades cuando se produce el embarazo no deseado, sumado a los problemas de educar a un niño sin el apoyo del padre, que generalmente no se responsabiliza al momento de enfrentar la paternidad. A veces reciben ayuda de sus familiares, pero las adolescentes no se encuentran emocionalmente maduras para enfrentar un embarazo y sus futuras responsabilidades. Según investigaciones realizadas por la UNESCO y OMS sobre la muerte materna mundial, determinaron que casi medio millón de mujeres, la mayoría correspondiente al tercer mundo, mueren cada año por patologías vinculadas a la maternidad y el 30% de estas son víctimas adolescentes. (6-8)

Pensar que ninguna mujer debe ser forzada a la maternidad por el hecho de haber quedado inesperadamente embarazada, fue la causa por la que en muchos países se legislo sobre el aborto. Esta opinión sin embargo continua creando polémicas y es tema de intensos debates.

La Ley N° 6433 de Salud Reproductiva en su artículo 1° dice: " La presente Ley encuentra su sustento jurídico en el artículo 16° inciso e, de la Ley Nacional N°23179 y el derecho humano básico de toda persona a mantener y restituir su salud, conceptos ratificados en la Convención para la eliminación de toda forma de discriminación de la mujer y la Ley N°23849, que ratifica la Convención sobre los derechos del niño, a su vez ratificada por la Ley provincial N°5919, como así también las Leyes provinciales N°6124 sobre Materno Infancia y la Ley N°6354 sobre Niñez y Adolescencia".

A fin de cumplir con los objetivos del Programa Provincial de Salud Reproductiva que son promover la maternidad y paternidad responsable, disminuir la mortalidad perinatal y materna, prevenir embarazos no deseados y situaciones de riesgo, evitar abortos provocados, prevenir (a través de la difusión de información) el HIV además de las enfermedades de transmisión sexual, efectuar la detención precoz y el tratamiento de las patologías del aparato reproductor, promover mejor calidad de vida de padres e hijos. El Estado a través de sus efectores brindara los siguientes beneficios: información y asesoramiento sobre salud sexual, información y asesoramiento sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual, información y asesoramiento sobre planificación familiar y todos los métodos anticonceptivos previstos en la Ley, controles de salud y estudios previos y posteriores a la prescripción de métodos anticonceptivos, provisión de medios y elementos necesarios a tal fin, información permanente de todos los agentes de la salud involucrados, captación de sus usuarios y de la comunidad en general. (3)

De la normativa del Programa Provincial de Salud Reproductiva podemos decir que su finalidad es garantizar a la población el pleno derecho básico de decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento entre los mismos, así como la necesaria equidad, accesibilidad y gratuidad en el acceso a la información, a la educación y a los medios que les permitan desarrollar una vida sexual sana y una reproducción electiva.

Aplicarla correctamente a fines de dar cumplimiento al Programa Provincial de Salud Reproductiva, se trabajara sobre la base de la estrategia de Atención Primaria de Salud, tendiéndose a formar equipos interdisciplinarios donde podrán intervenir: médicos, psicólogos, educadores, psicopedagogos, trabajadores sociales, enfermeras, agentes sanitarios, administrativos y cualquier otra persona que la Jefatura del Programa considere necesaria, incluyendo las ONG.

La sexualidad articula diversas áreas del sujeto. Es necesario que los contenidos a transmitir reflejen esta realidad. Por lo tanto deben incluir temas interdisciplinarios: biológico, la influencia social y cultural, y el desarrollo psicosexual. (8)

Los aspectos éticos que son sumamente controvertidos en la educación sexual, deben plantearse teniendo en cuenta la pluralidad de marcos ideológicos y religiosos de la población.

En la información científica sobre los temas debe darse una valoración positiva de la sexualidad, agregando a dicha información las diversas posturas filosóficas sobre los mismos, explicando las diferencias en las concepciones ideológicas y religiosas o remitiendo al destinatario a la información a buscar orientación en sus consejeros espirituales. Al elaborar los contenidos es necesario revisar las creencias de los distintos sectores o subculturas de nuestra sociedad, para saber que conocimientos previos tiene el receptor y como llega a destino la información, ajustando esta en función de las características del receptor.

Los sectores mas alejados han buscado respuestas a sus inquietudes en el conocimiento cotidiano, las creencias, los prejuicios, recibiendo también lo enviado a través de los medios de comunicación. Es necesario remarcar que la información debe ajustarse a las características y comportamientos locales y regionales, tanto en su contenido como en la forma.

Para tratar a las familias excluidas también se debe considerar como variable la situación de pobreza e ignorancia, ya que a medida que crece el grado de instrucción puede mejorarse la calidad de vida, alimentación, higiene, relaciones sexuales, etc.

El principal obstáculo que tienen que vencer los programas sociales es que constituyen un gasto no productivo, y que a veces están mal gerenciados y los resultados son deficientes debido a que el gasto social puede ser muy alto y superior a muchas inversiones económicas.

Se ha demostrado que un año de escolaridad adicional de una madre, baja la mortalidad en lactantes y niños de corta edad en un 9%, y que con \$2,50 a \$4,50 por persona al año es posible dar atención medica a toda la

población. También se sabe que un agricultor con educación primaria tiene una productividad 85% mayor al que no tiene educación.

Un estudio realizado referido a la estrategia de la mujer frente a la pobreza dio como resultado que la pobreza se define como la carencia de lo indispensable para el mantenimiento de la vida: salarios, vivienda, educación, alimentación, y recreación.

En América Latina y por ende en nuestro país el nivel de pobreza es casi unánime, se ha demostrado que una de las formas de interrumpir la secuencia perpetua de la pobreza es mejorar el nivel de educación de las mujeres ya que son las responsables de la transmisión de las tradiciones y de las pautas culturales.

Se sabe que la pérdida de una madre en una familia con varios niños tiene consecuencias graves en la estructuración de la vida cotidiana, la figura clave en la educación de los hijos, y en la promoción del clima familiar. La pobreza no es un fenómeno natural, surge de dos conceptos:

1. **ABSOLUTO:** hambre y desnutrición.
2. **RELATIVO:** que hace referencia a las carencias condicionadas por un lugar y un tiempo determinado.

El concepto de pobreza absoluta esta ligado al de las necesidades y relativo a los medios que actúan como satisfactorios.

En los estudios sobre pobreza que se han realizado en América Latina y en nuestra provincia se utiliza los conceptos de Línea de pobreza junto con la Línea de indigencia. Estos dos conceptos se consideran antecedentes del índice actual NBI, que consiste en definir grupos de necesidades consideradas básicas, seleccionar las variables e indicadores que expresan los desiguales niveles de satisfacción, determinan los umbrales de los indicadores y clasifican a los hogares o individuos como pobres de acuerdo a la insatisfacción de necesidades.

En los datos de UNICEF figuran los casos de trabajo infantil como una de las formas de autogeneración de la pobreza, por cada año perdido de educación se pierde un 20% de lo que podría percibir en caso de continuar sus estudios.

Las organizaciones femeninas enfrentan de desigual manera la grave crisis social y económica: las ONG, uniones vecinales, clubes y centros de madres como multiplicadores de salud.

— La pobreza creció en términos absolutos y relativos, por lo que si se considero a la década del 80' como la década perdida, la del 90' podríamos concluir que fue la generación perdida.

En Argentina el 18,4% son nuevos pobres, estos son pertenecientes a la franja de clase media que se empobrecieron por la degradación de la calidad de empleos, sufriendo una estrepitosa caída en los salarios.

Hay una polarización del ingreso mundial con vértices cada vez menor de ricos y una creciente base de pobres cada vez mas pobres.

Se concluye que el papel primordial de la mujer es la educación de los hijos en un ámbito de tantas carencias al servicio de las familias y de la

sociedad. Y que puede mejorarse si la mujer se le da la posibilidad de educarse, educar y elegir. (9)

La enfermería cumple un rol de importancia trascendental en cuanto al cumplimiento y alcance del PPSR. El procedimiento de enfermería es un método sistemático de toma de decisiones que incluye la valoración, planeación, y ejecución, además utiliza la evaluación y modificaciones subsecuentes como mecanismos de retroalimentación que facilitan la resolución final de los problemas de enfermería y los individuos. El procedimiento en conjunto es cíclico y sus etapas están interrelacionadas, son interdependientes y recurrentes.

Por otra parte la enseñanza y el aprendizaje son una parte integral del procedimiento de enfermería.

Las acciones son: educativas, de información, de asesoramiento y derivación, a través de equipos interdisciplinarios de orientación en salud sexual, planificación familiar, infertilidad, adolescencia, prevención de ETS, patologías del aparato reproductor, etc.

La población objetivo primero de las acciones educativas y de difusión es: la población en general, alumnos de grado, profesionales de la salud y auxiliares, docentes. Segundo de las acciones asistenciales: la población en edad fértil, demandantes espontáneos, usuarios que hayan recibido algún tipo de atención en salud reproductiva en efectores públicos (5.300 usuarias según los datos aportados por la Dirección de Atención Primaria en 1997), incremento de la demanda espontánea esperable por la difusión y efectiva ejecución del programa, la población de riesgo a la que se deberá garantizar la inmediata incorporación al programa, si esa fuera su decisión informada (por ejemplo en mujeres cuyo resultado del puntaje de la suma de variables sea seis o mayor). (3-7)

Indicaciones medicas para postergar o evitar el embarazo:

- Nefropatía crónica con compromiso de la función renal.
- Hepatopatías con lesión anatómica.
- Cardiopatía grave.
- Antecedentes de enfermedad tromboembólica.
- Hipertensión pulmonar.
- Osteosclerosis y esclerosis múltiple.
- Neoplasia genito/mamaria.
- Parejas diagnosticadas con alto riesgo de enfermedades genéticas, graves para su descendencia.
- ETS activa
- EPI
- Trastornos psíquicos graves
- Cualquier otra patología que a criterio medico pudiera corresponder.

Condiciones de la mujer que aumentan el riesgo en la salud materno/infantil:

- Edad menor de 19 años o mayor de 40 años.
- Periodo intergenésico menor de 2 años.
- Aborto provocado en el último embarazo, cuando este haya ocurrido en el año inmediato anterior.
- Cesárea previa infectada o con malos planos quirúrgicos, cuando esta haya ocurrido en los dos años inmediatos anteriores.
- Morbilidad y mortalidad fetal o neonatal no identificada en el embarazo anterior.
- Madre sin pareja estable.
- Antecedentes de un hijo menor de dos años muerto por causa evitable.
- Familia con necesidades básicas insatisfechas.
- Paridad de tres y más.

Métodos anticonceptivos:

1. Métodos de barrera

Preservativos masculinos
Profilácticos femeninos
Diafragma

2. Métodos químicos

Cremas, jaleas, espumas, tabletas, óvulos vaginales.
Esponjas vaginales

3. Métodos hormonales

Anovulatorios orales
Minipildoras
Inyectables mensuales
Gestágenos de depósito

4. Dispositivos intrauterinos

5. Métodos de lactancia

6. Métodos de abstinencia periódica

Métodos de índice simple: calendario, temperatura basal, cambios cíclicos de cervix, cambios en el moco cervical (Billings, filancia, cristalización)
Métodos de índice múltiple.

HIPOTESIS

La población femenina en edad fértil, es incorporada en el Programa Provincial de Salud Reproductiva aún sin tener el conocimiento total de su importancia y significado.

PLANTEO DE VARIABLES DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE N°1:

CONOCIMIENTO QUE TIENE LA POBLACIÓN FEMENINA EN EDAD FÉRTIL QUE ASISTE AL Centro Comunitario Ramón Carrillo del Programa Provincial de Salud Reproductiva, aspectos socioeconómicos, población de riesgo, antecedentes de abortos, mortalidad infantil, condiciones culturales.

Podemos definir fertilidad a la capacidad de producir gametos funcionales o cigotos viables. El ciclo sexual femenino comienza con la aparición de la menstruación, entre los 11 y 15 años de edad. El ciclo sexual femenino se extiende a lo largo de la vida hasta la menopausia, que ocurre entre los 45 y 50 años. (5)

VARIABLE N°2:

EN QUÉ MEDIDA ES CAPTADA LA POBLACIÓN POR EL PROGRAMA, registros de continuidad de pacientes, embarazos y abortos, apoyo familiar y contención de la pareja.

Aquí se establecerá: si la población femenina en edad fértil es captada según lo planteado por las metas y objetivos del PPSR, si asisten por interés particular y no guiadas por información, tiene conocimiento la población femenina en edad fértil de la existencia del programa.

DISEÑO METODOLÓGICO

DISEÑO CUANTITATIVO:

La investigación cuantitativa supone la recolección sistemática de información numérica, en condiciones de estricto control y análisis de la información mediante procedimientos estadísticos. El diseño cuantitativo tiene un alto grado de estructuración, se acentúa en el razonamiento deductivo, reglas de la lógica y atributos cuantificables de la experiencia humana, generando información numérica apropiada para el análisis. (1-2)

ESTUDIO:

Descriptivo, se utiliza para describir y sintetizar datos, promedios y porcentajes extraídos de los datos cuantitativos recolectados. (1-2)

Transversal, este tipo de diseño implica la obtención de datos en un momento específico. Los fenómenos por investigar son captados a medida que se manifiestan, durante un periodo limitado de recolección de datos. (1)

Tablas y gráficos de barras y sectores.

FUENTES PRIMARIAS: informe de primera mano de hechos, descubrimientos o acontecimientos, en términos de investigación, se llama fuente primaria al informe original de investigación elaborado por el investigador que efectuó el estudio. Se utilizaron como fuentes primarias informantes clave, profesionales del Centro de Salud Dr. Ramón Carrillo y vecinos de la zona.

FUENTES SECUNDARIAS: narración de segunda mano de acontecimientos o hechos, en el contexto de la investigación, es la descripción de un estudio o estudios elaborados por una persona distinta del investigador original. Se utilizó bibliografía referida al tema.

INSTRUMENTO Y TÉCNICA: medio o técnica utilizada por el investigador para obtener sus datos, en este caso se utilizó encuestas.

UNIVERSO: Población femenina en edad fértil que asiste a consultas al Centro Comunitario Dr. Ramón Carrillo de El Sauce Guaymallén.

MUESTRA: subconjunto de la población seleccionado para participar en un estudio de investigación.

muestreo no probabilístico de tipo accidental: la selección de sujetos o unidades de muestreo a partir de una población, mediante procedimientos no aleatorios. El muestreo por conveniencia o accidental es la selección de los individuos o unidades mas fácilmente accesibles como sujetos para un estudio.

Dado que la población usuaria mensual es de aproximadamente 120 mujeres, se estima una cantidad de entrevistas de 60. A esto le sumamos que los resultados se repitieron, consideramos que la muestra tomada es representativa.

La variable, interés: es reconocer los motivos que tiene la población femenina en edad fértil para asistir al Centro Comunitario y los determinantes para su inclusión en el Programa Provincial de Salud Reproductiva. (3)

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE N°1: CONOCIMIENTO QUE TIENE LA POBLACIÓN FEMENINA EN EDAD FÉRTIL QUE ASISTE AL Centro Comunitario Ramón Carrillo del Programa Provincial de Salud Reproductiva.

DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
A) Diferentes grupos socioeconómicos	1) Edad 2) Situación de pareja 3) Nivel de instrucción 4) Hijos	a) - de 16 b) de 16 a 25 c) de 26 a 39 d) + de 39 a) Con pareja b) Sin pareja a) primario b) secundario c) terciario/ universitario a) SI b) NO c) abortos
B – Educativas, de información Y asesoramiento C – Población objeto	5) Recibió información sobre el P.P.S.R.	a) del médico b) del enfermero c) folletos o afiches d) otros e) ninguno

ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICOS

VARIABLE N°2: EN QUÉ MEDIDA ES CAPTADA LA POBLACIÓN POR EL PROGRAMA, registros de continuidad de pacientes, embarazos y abortos.

DIMENSION	INDICADORES	ESCALA
A - Contención de la institución	6)- Dispuso de los métodos cuando los solicitó 7)- Utiliza métodos anticonceptivos Método que utiliza	si / no si / no a1)DIU a2)pastillas a3)inyectables a4)profilácticos a5)abstinencia a6)otro
B – Contención familiar y/o de la pareja.	8)- La decisión de utilizar anticonceptivos la tomó sola o en pareja 9) - Su pareja le acompaña en el cuidado	sola / en pareja si / no
C – Antecedentes personales	10) – Presenta inconvenientes al utilizar métodos anticonceptivos	si / no

ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICOS

Elaboración de tablas y gráficos de información estadística

Categoría	Porcentaje
Grupos de 10 años	10%
15 a 20 años	15%
20 a 25 años	20%
Entre 25 y 30 años	25%
TOTAL	70%

Fuente: Datos estadísticos de la Secretaría de Educación Pública, México, 1990.

GRÁFICO



CONCLUSIÓN El análisis de las tablas y gráficos de información estadística permite comprender mejor la realidad que se está estudiando y que en el presente caso se trata de la distribución de edades de los estudiantes de la escuela. Se puede observar que el 70% de los estudiantes están en los grupos de 10 años y entre 25 y 30 años, lo que representa el 25% de la muestra.

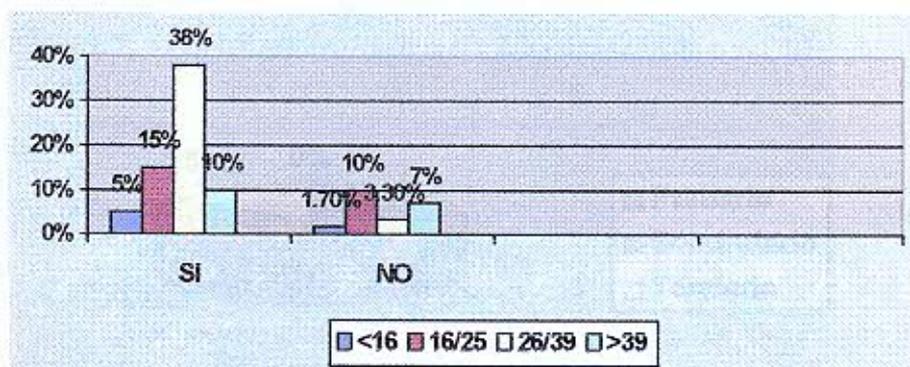
TABLA I

Población femenina en edad fértil, encuestada en el Centro Comunitario Dr. Ramón Carrillo, según edad, entre Julio y Diciembre de 2001.

EDAD	F.A.	F.R.
Menos de 16 años	4	6.6%
16 a 25 años	21	35%
26 a 39 años	25	41.6%
Mas de 39 años	10	16.6%
TOTAL	60	100%

Fuente: datos propios obtenidos de encuestas realizadas en el Centro Comunitario Dr. Ramón Carrillo entre julio y diciembre de 2001.

GRAFICO N° 1



CONCLUSIÓN: Podemos observar que de las mujeres encuestadas que concurren por consultas al centro existen dos franjas etareas con mayor número de asistencia a consultas y que coinciden con la etapa intermedia de la vida fértil de la mujer (mayormente 41% el grupo que comprende de los 26 a los 39 años y le sigue con el 35% el grupo de los 16 a los 25 años)

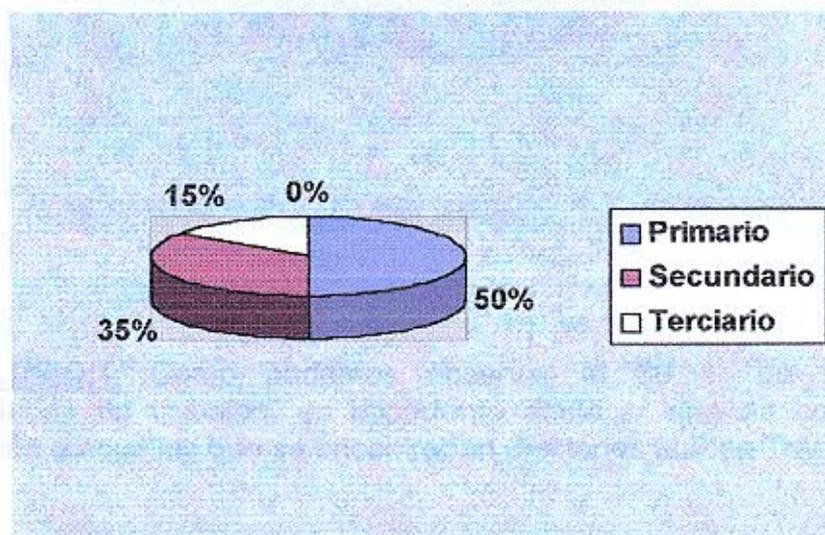
TABLA II

Población encuestada en el Centro Comunitario Dr. Ramón Carrillo, según nivel de instrucción, entre Julio y Diciembre de 2001.

Nivel de Instrucción	F.A.	F.R.
Primario	30	50%
Secundario	21	35%
Terciario	9	15%
TOTAL	60	100%

Fuente: datos propios obtenidos de encuestas realizadas en el Centro Comunitario Dr. Ramón Carrillo entre julio y diciembre de 2001.

GRAFICO N°2



CONCLUSIÓN: No existe entre la población encuestada mujeres analfabetas, el 50% de la población encuestada tiene estudios primarios, el 35% tiene estudios secundarios y solo el 15% ha adquirido formación terciaria o universitaria.

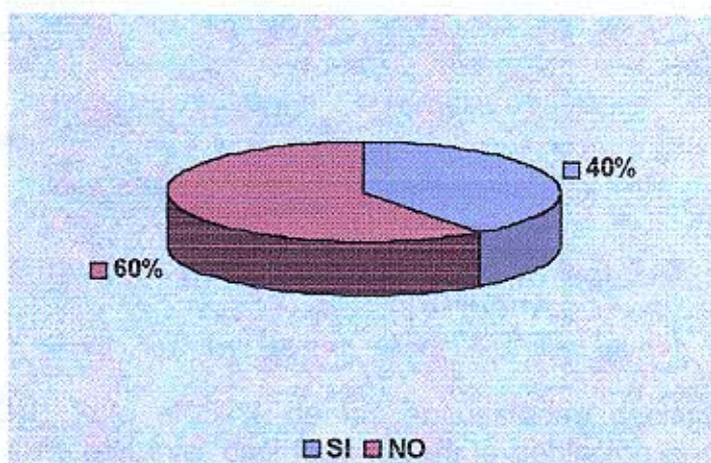
TABLA III

Población femenina en edad fértil, encuestada en el Centro Comunitario Dr. Ramón Carrillo según ocupación, entre Julio y Diciembre de 2001.

TRABAJAN	F.A.	F.R.
SI	36	60%
NO	24	40%
TOTAL	60	100%

Fuente: datos propios obtenidos de encuestas realizadas en el Centro Comunitario Dr. Ramón Carrillo entre julio y diciembre de 2001.

GRAFICO N°3



CONCLUSIÓN: Como podemos observar el 60 % de las mujeres encuestadas no trabajan, es importante destacar que se consideró con ocupación a aquellas que se encontraban afectadas al Plan Trabajar.

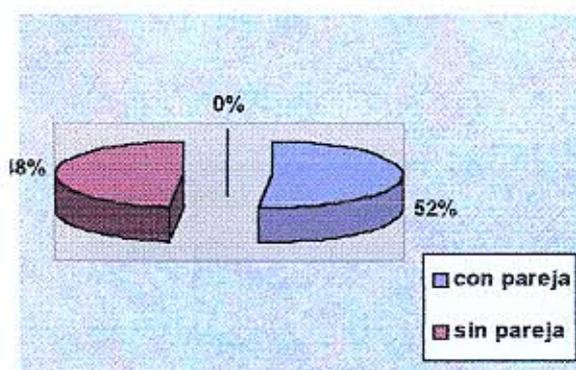
TABLA IV

Población encuestada en el Centro Comunitario Dr. Ramón Carrillo, según situación de pareja, encuestas realizadas entre Julio y Diciembre de 2001.

Situación de pareja	F.A.	F.R.
Con pareja	31	52%
Sin pareja	29	48%
TOTAL	60	100%

Fuente: datos propios obtenidos de encuestas realizadas en el Centro Comunitario Dr. Ramón Carrillo entre julio y diciembre de 2001.

GRAFICO N°4



CONCLUSIÓN: Sólo el 52% de las encuestadas declaran tener pareja estable, del 48% restante, casi la mitad de la población encuestada, no se obtuvieron respuestas claras sobre su situación actual lo permite deducir que esta porción de la población tiene parejas inestables o relaciones sexuales esporádicas, lo que implica un importante factor de riesgo.

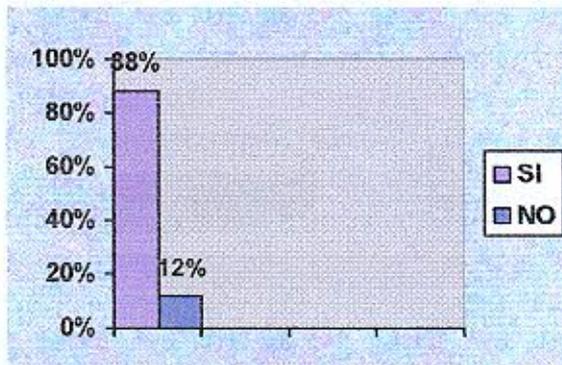
TABLA V

Población femenina encuestada en el Centro Comunitario Dr. Ramón Carrillo, según si tienen hijos, entre Julio y Diciembre de 2001.

Hijos	F.A.	F.R.
SI	53	88%
NO	7	12%
TOTAL	60	100%

Fuente: datos propios obtenidos de encuestas realizadas en el Centro Comunitario Dr. Ramón Carrillo entre julio y diciembre de 2001.

GRAFICO N° 5



CONCLUSIÓN: Como muestra el gráfico el 88% de la población tiene hijos, el resto de la población que asiste de igual manera han sido incorporadas en el P.P.S.R.

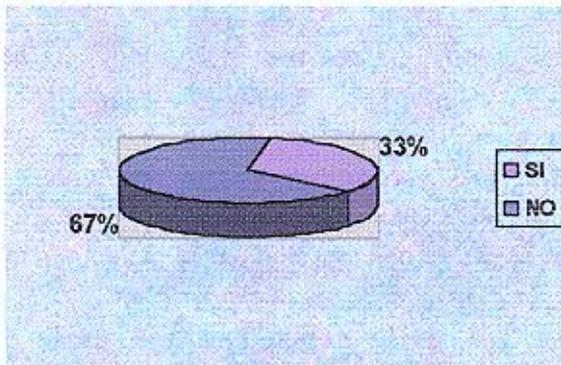
TABLA VI

Población encuestada en el Centro Comunitario Dr. Ramón Carrillo según abortos, entre los meses de Julio y Diciembre de 2001.

ABORTOS	F.A.	F.R.
SI	20	33.3%
NO	40	66.7%
TOTAL	60	100%

Fuente: datos propios obtenidos de encuestas realizadas en el Centro Comunitario Dr. Ramón Carrillo entre julio y diciembre de 2001.

GRAFICO N°6



CONCLUSIÓN: Es muy importante que de los datos obtenidos un tercio de la población encuestada ha experimentado un aborto espontáneo o provocado en algún momento de su vida fértil, lo que deja al descubierto la importancia de la educación e información sexual por medio de los efectores del P.P.S.R., además de los riesgos que esta practica implica.

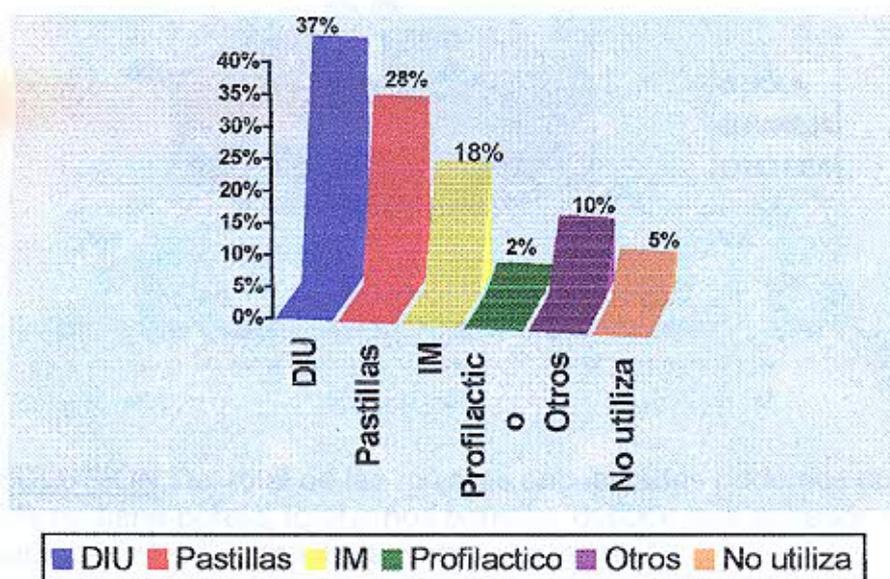
TABLA VII

Población femenina en edad fértil encuestada en el Centro R. Carrillo según métodos anticonceptivos utilizados, entre los meses de Julio y Diciembre de 2001.

Métodos utilizados	F.A.	F.R.
D.I.U.	22	37%
Pastillas	17	28%
I.M.	11	18%
Profiláctico	1	2%
Otros	6	10%
No utiliza	3	5%
TOTAL	60	100%

Fuente: datos propios obtenidos de encuestas realizadas en el Centro Comunitario Dr. Ramón Carrillo entre julio y diciembre de 2001.

GRAFICO N° 7



CONCLUSIÓN: Del total de las mujeres encuestadas el 13,3% no utiliza ningún método anticonceptivo, y solo el 1,7% utiliza profilácticos por lo que podemos deducir que la protección en la actividad sexual se encuentra directamente relacionada a la anticoncepción y no a la protección de las enfermedades de transmisión sexual.

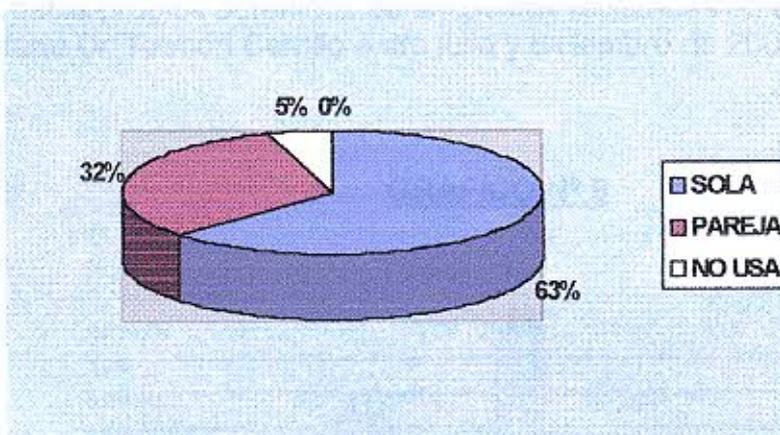
TABLA VIII

Población femenina en edad fértil encuestada en el Centro R. Carrillo, según la decisión de la anticoncepción, entre los meses de Julio y Diciembre de 2001.

DECISION TOMADA	F.A.	F.R.
SOLA	36	60%
EN PAREJA	17	28.3%
NO USA	7	11.7%
Total	60	100%

Fuente: datos propios obtenidos de encuestas realizadas en el Centro Comunitario Dr. Ramón Carrillo entre julio y diciembre de 2001.

GRAFICO N° 8



CONCLUSIÓN: Del total de las mujeres encuestadas podemos observar que el 60% no tiene pareja, lo que nos permite deducir que el riesgo de embarazo e infecciones es realmente alarmante.

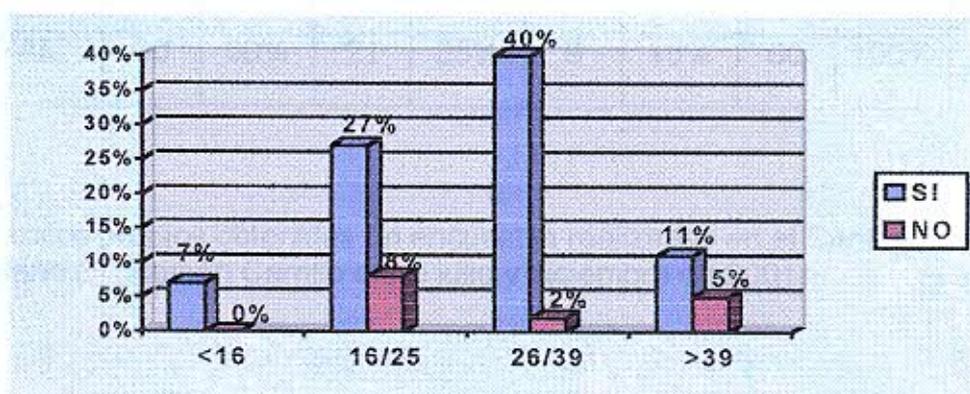
TABLA IX

Utilización de métodos anticonceptivos según edad, encuestas realizadas a la población femenina en edad fértil que asistió al Centro Comunitario Dr. Ramón Carrillo entre Julio y Diciembre de 2001.

Edad	Método			
	SI		NO	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.
Menor de 16	4	7 %	0	0 %
De 16 a 25	16	27 %	5	8 %
De 26 a 39	24	40%	1	2 %
Mayor de 39	7	11%	3	52 %
total	51	85 %	9	15%

Fuente: datos propios obtenidos de encuestas realizadas en el Centro Comunitario Dr. Ramón Carrillo entre julio y diciembre de 2001.

GRAFICO N° 9



CONCLUSIÓN: Como podemos observar no utilizan métodos anticonceptivos el 55.5% de las mujeres encuestadas entre 16 y 25, y el mayor porcentaje de uso de métodos fue detectado en la franja de mujeres entre 26 y 39 años.

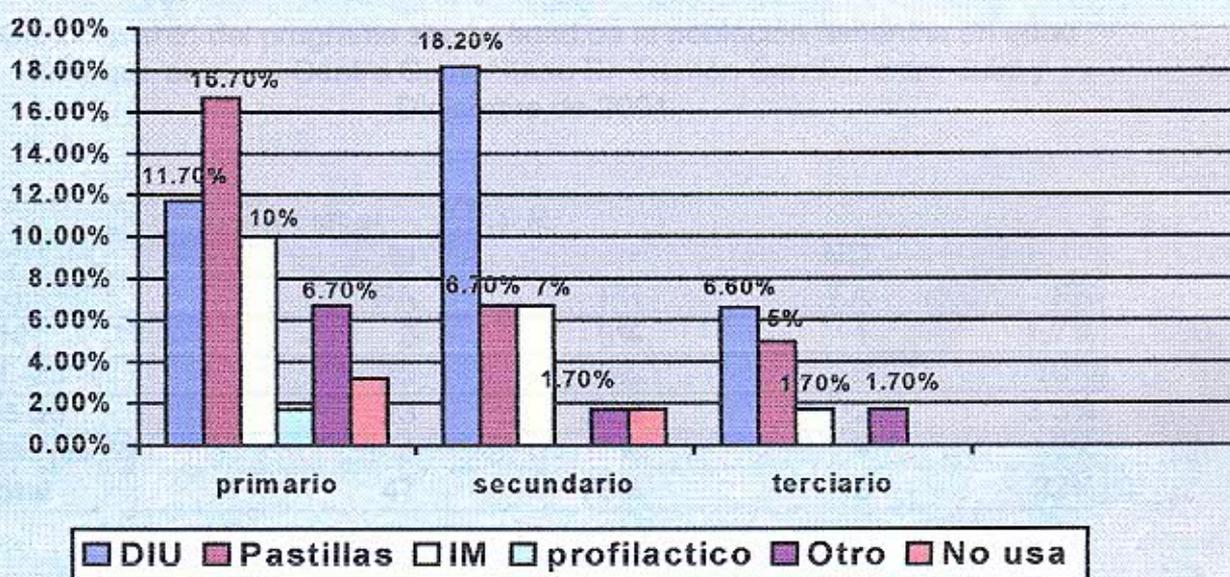
TABLA X

Uso de método anticonceptivo según nivel de instrucción de la población femenina en edad fértil que asistió al Centro Comunitario Dr. Ramón Carrillo entre Julio y Diciembre de 2001.

Nivel de instrucción/ n/ método	Primaria		Secundaria		Terciaria		TOTAL	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.
DIU	7	11.7%	11	18.2%	4	6.6%	22	36.5%
Pastillas	10	16.7%	4	6.7%	3	5%	17	28.4%
I.M.	6	10%	4	6.7%	1	1.7%	11	18.4%
Profílastico	1	1.7%	0	0%	0	0%	1	1.7%
Otros	4	6.7%	1	1.7%	1	1.7%	6	10.1%
No usa	2	3.2%	1	1.7%	0	0%	3	4.9%
TOTAL	30	50%	21	35%	9	15%	60	100%

Fuente: datos propios obtenidos de encuestas realizadas en el Centro Comunitario Dr. Ramón Carrillo entre julio y diciembre de 2001.

GRAFICO N° 10



CONCLUSIÓN:

El método mas utilizado según el nivel de instrucción fue como podemos observar en el nivel primario las pastillas, en el nivel de educación secundario y terciario el DIU. También podemos observar que el método menos utilizado fue el de profilácticos, lo que refleja la falta de conciencia y conocimiento a cerca de la relación SEXO/EMBARAZO /ETS.

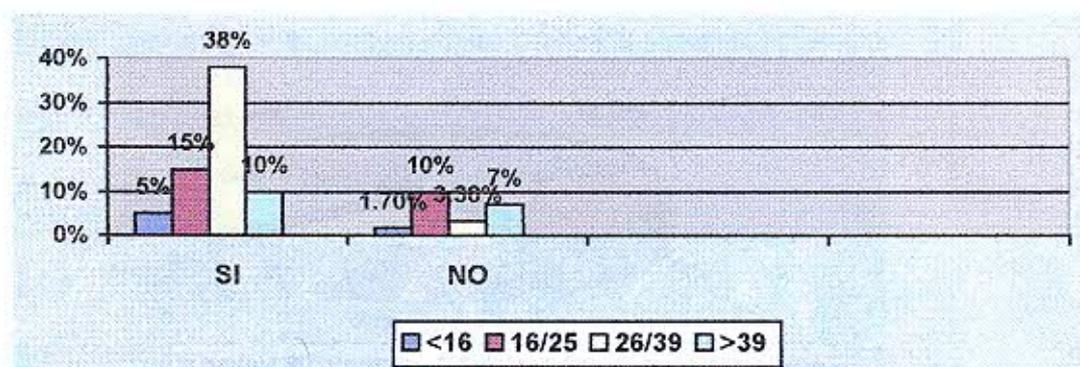
TABLA XI

Conocimiento del programa según edad de la población femenina en edad fértil que asiste al Centro Comunitario Dr. Ramón Carrillo, entre Julio y Diciembre de 2001.

Edad	Conocen el P.P.S.R.		NO	
	SI	FR	FA	FR
-16	3	5%	1	1.7%
16-25	15	25%	6	10%
26-39	23	38%	2	3.3%
Mas de 39	6	10%	4	7%
total	47	78%	13	22%

Fuente: datos propios obtenidos de encuestas realizadas en el Centro Comunitario Dr. Ramón Carrillo entre julio y diciembre de 2001.

GRAFICO N° 11



CONCLUSIÓN: De la población encuestada la franja etárea que mayor conocimiento tiene a cerca del P.P.S.R. es la de mujeres entre 26 y 39 años, la que menos informada se encuentra es la franja de entre 16 y 25 años.

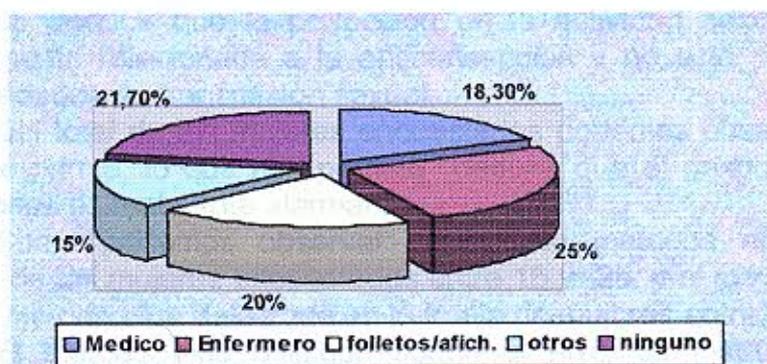
TABLA XII

Población encuestada en el Centro Comunitario Dr. Ramón Carrillo según información recibida, entre los meses de Julio y Diciembre de 2001.

Información recibida	F.A.	F.R.
Medico	11	18.3%
Enfermero	15	25%
Folletos o afiches	12	20%
Otros	9	15%
Ninguno	13	21.7%
TOTAL	60	100%

Fuente: datos propios obtenidos de encuestas realizadas en el Centro Comunitario Dr. Ramón Carrillo entre julio y diciembre de 2001.

GRAFICO N° 12



CONCLUSIÓN: Si bien más de la mitad de la población recibió algún tipo de información, no se pudo valorar la cantidad y calidad de la información recibida.

CONCLUSIONES

Podemos observar que de las mujeres encuestadas que concurren por consultas al centro existen dos franjas etareas con mayor número de asistencia a consultas y que coinciden con la etapa intermedia de la vida fértil de la mujer (mayormente 41% el grupo que comprende de los 26 a los 39 años y le sigue con el 35% el grupo de los 16 a los 25 años)

No existe entre la población encuestada mujeres analfabetas, el 50% de la población encuestada tiene estudios primarios, el 35% tiene estudios secundarios y solo el 15% ha adquirido formación terciaria o universitaria.

Como podemos observar el 60 % de las mujeres encuestadas no trabajan, es importante destacar que se consideró con ocupación a aquellas que se encontraban afectadas al Plan Trabajar.

Sólo el 52% de las encuestadas declaran tener pareja estable, del 48% restante, casi la mitad de la población encuestada, no se obtuvieron respuestas claras sobre su situación actual lo que permite deducir que esta porción de la población tiene parejas inestables o relaciones sexuales esporádicas, lo que implica un importante factor de riesgo.

El 88% de la población tiene hijos, el resto de la población que asiste de igual manera han sido incorporadas en el P.P.S.R.

Es muy importante que de los datos obtenidos un tercio de la población encuestada ha experimentado un aborto espontaneo o provocado en algún momento de su vida fértil, lo que deja al descubierto la importancia de la educación e información sexual por medio de los efectores del P.P.S.R., además de los riesgos que esta practica implica.

Del total de las mujeres encuestadas el 13,3% no utiliza ningún método anticonceptivo, y solo el 1,7% utiliza profilácticos por lo que podemos deducir que la protección en la actividad sexual se encuentra directamente relacionada a la anticoncepción y no a la protección de las enfermedades de transmisión sexual.

Del total de las mujeres encuestadas podemos observar que el 60% no tiene pareja, lo que nos permite deducir que el riesgo de embarazo e infecciones es realmente alarmante.

Como podemos observar no utilizan métodos anticonceptivos el 55.5% de las mujeres encuestadas entre 16 y 25, y el mayor porcentaje de uso de métodos fue detectado en la franja de mujeres entre 26 y 39 años.

El método mas utilizado según el nivel de instrucción fue como podemos observar *en el nivel primario las pastillas, en el nivel de educación secundario y terciario el DIU*. También podemos observar que el método menos utilizado fue el de profilácticos, lo que refleja la falta de conciencia y conocimiento a cerca de la relación SEXO/EMBARAZO /ETS.

De la población encuestada la franja etárea que mayor conocimiento tiene a cerca del P.P.S.R. es la de mujeres entre 26 y 39 años, la que menos informada se encuentra es la franja de entre 16 y 25 años.

Si bien más de la mitad de la población recibió algún tipo de información, no se pudo valorar la cantidad y calidad de la información recibida.

RECOMENDACIONES

El rol de enfermería tiene una importancia trascendental en el cumplimiento y alcance del P.P.S.R., por lo que proponemos que como educadoras, asesoras y parte del equipo de salud utilicemos estrategias de alcance masivo, con el fin de incorporar, informar, y educar a la población sobre temas relacionados a la **salud e higiene sexual y reproductiva** por los siguientes medios

_Utilizar espacios radiales donde una enfermera capacitada en el tema, asesore a la audiencia sobre los beneficios de participar en el P.P.S.R., medios disponibles, forma en que se puede acceder al programa, etc. Además, planificar charlas a pedido de la audiencia sobre temas relacionados a la salud sexual y los métodos anticonceptivos.

Por lo que proponemos incorporar un espacio en Radio Universidad, dependiente de la U.N.C., a cargo de una enfermera designada por la Escuela de Enfermería.

Coordinar charlas con entidades y establecimientos educacionales, con el fin de captar la población que comienza con la actividad sexual, con el objetivo de anticiparnos previniendo. Proponemos como inicio de esta actividad charlas a estudiantes de las distintas carreras de la U.N.C., en horario de clases y de carácter optativo.

Coordinar con las uniones vecinales para la apertura de talleres educacionales referidos al tema, y así satisfacer la demanda de información que la gente de barrio a veces no logra en el centro de salud.

ANEXOS

ENCUESTA ANÓNIMA
ANEXO N°1

Fecha de Emisión: _____
 Hora: _____
 Lugar: _____
 Págs. de 38

ENCUESTA A PADRES Y MAMAS

Nombre: _____

1) ¿CÓMO SE SIENTE AL VER A SU HIJO/A EN LA ESCUELA?

a) SI

b) NO

2) ¿CÓMO SE SIENTE AL VER A SU HIJO/A EN LA ESCUELA?

a) SI

b) NO

3) ¿CÓMO SE SIENTE AL VER A SU HIJO/A EN LA ESCUELA?

a) SI

b) NO

4) ¿CÓMO SE SIENTE AL VER A SU HIJO/A EN LA ESCUELA?

a) SI

b) NO

5) ¿CÓMO SE SIENTE AL VER A SU HIJO/A EN LA ESCUELA?

a) SI

b) NO

6) ¿CÓMO SE SIENTE AL VER A SU HIJO/A EN LA ESCUELA?

a) SI

b) NO

7) ¿CÓMO SE SIENTE AL VER A SU HIJO/A EN LA ESCUELA?

8) ¿CÓMO SE SIENTE AL VER A SU HIJO/A EN LA ESCUELA?

a) SI

b) NO

9) ¿CÓMO SE SIENTE AL VER A SU HIJO/A EN LA ESCUELA?

a) SI

b) NO

10) ¿CÓMO SE SIENTE AL VER A SU HIJO/A EN LA ESCUELA?

a) SI

b) NO

11) ¿CÓMO SE SIENTE AL VER A SU HIJO/A EN LA ESCUELA?

a) SI

b) NO

12) ¿CÓMO SE SIENTE AL VER A SU HIJO/A EN LA ESCUELA?

a) SI

b) NO

ENCUESTA ANÓNIMA

- 1) EDAD menos de 16.....
 16 < 25
 26 < 39
 mas de 39
- 2)TIENE PAREJA a) SI
 b) NO
- 3) NIVEL DE INSTRUCCION
 a) primario
 b)secundario
 c)terciario/ universitario
- 4)HIJOS a) SI
 b) NO
- 5)ABORTOS a)si
 b)no
- 6)CONOCE EL P.P.S.R. a)si
 b)no
- 7) RECIBIO INFORMACION SOBRE EL P.P.S.R. DE
 a) medico
 b) enfermero
 c) folletos
 d) afiches
 e) ninguno
- 8)USA ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO
 a) SI
 b) NO
- 9)DISPUSO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS CUANDO LOS
SOLICITO a)si
 b)no
- 10)QUE METODO UTILIZA?
 a) DIU
 b) Pastillas
 c) Inyectables
 d) Profilácticos
 e) Otros
- 11)TIENE INCONVENIENTES EN EL USO?
 a) SI
 b) NO
- 12)TIENE APOYO DE SU PAREJA?
 a) SI
 b) NO

ANEXO N°2

BIBLIOGRAFÍA

(1) Canale y otros, Metodología de la investigación , 2da edición, O.P.S. – O.M.S., 1994. 225 PÁGS.

(2) Polit-Hungler. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5ta ed., México . Editorial McGraw-Hill Interamericana, 1995. 701 págs.

(3) Programa Provincial de Salud Reproductiva - 1997. -G.M. - M.D.S.S.

(4) Propuesta de Normativa para el P.P.S.R. M.D.S.S.
- Gobierno de la Provincia - Año 1998

(5) OCEANO-PLANETA - Diccionario Médico - Ed. 1996

(6) Datos estadísticos aportados por la Enf. Norma Jara, Enf. Edith Tunineti.

(7) Entrevistas al Dr. Arturo Salatino Médico de Familia – Jefe del Centro Comunitario de El Sauce y Enf. Jefa del Centro Susana Tello.

(8) Revistas Netwok en Español

(9) Family Healt Internacional
Vol 9 otoño 1998 pág.21
Vol 21 1998 pág. 12 - 13
Vol 17 primavera 1997 pag.17.