

44A

FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNAM 1982

"LA ACTITUD DE LA MUJER ANTE LA ESTERILIZACION VOLUNTARIA"
un primer acercamiento

TESIS PARA: OBTENER EL GRADO
DE LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

MARIA DE LA LUZ ESLAVA LAGUNA
LUCIA JOSEFINA MURILLO CRUZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	<u>Pág.</u>
INTRODUCCION.	1
CAPITULO I. MARCO TEORICO	7
1.1.- Actitudes	7
1.1.1.- Aspectos históricos del concepto actitud.	8
1.1.2.- Definiciones.	10
1.1.3.- Relación con otros aspectos psicoló- gicos.	17
1.1.4.- Formación de actitudes.	21
1.1.5.- Características de las actitudes.	23
1.1.6.- Función de las actitudes.	25
1.1.7.- Cambios de actitudes.	26
1.1.8.- Técnicas de evaluación de las acti- tudes.	29

	<u>Pág.</u>
CAPITULO II. LA PLANIFICACION FAMILIAR Y SU RELACION CON LOS ASPECTOS DEMOGRAFICOS DE MEXICO.	35
2.1.- Aspectos demográficos de México.	35
2.1.1.- Población total 1900-1980.	35
2.1.2.- Tasas de natalidad, esperanza de vida y mortalidad en México.	36
2.1.3.- Tasas de crecimiento en otros países.	38
2.1.4.- Algunos problemas que se desencadenan con el crecimiento poblacional.	42
2.1.5.- Migración rural-urbana.	47
2.2.- Planificación Familiar.	48
2.2.1.- Plan Nacional de Planificación Familiar.	48
2.2.2.- Instituciones que fomentan la planificación familiar en México.	51
2.2.3.- Población en edad fértil.	52
2.2.4.- Métodos de control de la fecundidad.	57

	<u>Pág.</u>
2.2.4.1.- Métodos temporales contra- ceptivos.	61
2.2.4.2.- Métodos definitivos de con- trol natal.	63
CAPITULO III. ESTERILIZACION VOLUNTARIA	65
3.1.- Antecedentes.	67
3.1.1.- Esterilización masculina o deferento- clasia.	69
3.1.2.- Esterilización femenina o salpingocla- sia.	70
3.2.- Aspectos Médicos.	70
3.2.1.- Esterilización masculina, deferento- clasia o vasectomía.	70
3.2.2.- Esterilización femenina, salpingocla- sia o ligadura de trompas.	73
3.2.3.- Indicaciones médicas para efectuar la	

	<u>Pág.</u>
esterilización voluntaria.	79
3.2.4.- Aspectos éticos y legales.	82
3.3.- Situación de la esterilización voluntaria en el mundo.	83
3.3.1.- Continentes Europeo, Asiático y Africano.	84
3.3.2.- Continente Americano.	90
3.3.2.1.- En México.	92
3.4.- Aspectos psicosociales de la esterilización voluntaria.	106
3.4.1.- Indicaciones sociales y económicas.	107
3.4.2.- Ventajas y desventajas de la esterilización voluntaria.	113
3.4.2.1.- Ventajas de la esterilización voluntaria vs. métodos anticonceptivos.	117

	<u>Pág.</u>
3.4.3.- Prejuicio.	118
3.4.3.1.- Aspectos Teóricos.	119
3.4.3.2.- Relación de prejuicio y es- terilización voluntaria.	124
CAPITULO IV. PROYECTO DE INVESTIGACION	128
4.1.- Metodología.	128
4.1.1.- Planteamiento del problema.	128
4.1.2.- Formulación de objetivos.	131
4.1.3.- Formulación de las hipótesis.	131
4.1.4.- Diseño de la muestra.	133
4.1.5.- Instrumento utilizado.	140
4.1.6.- Administración del instrumento.	145
4.1.7.- Procesamiento de los datos.	149

	<u>Pág.</u>
CAPITULO V. EXPOSICION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.	156
5.1.- Perfil socioeconómico de la población encues- tada.	156
5.1.1.- Características sociales.	156
5.1.1.1.- Edad.	156
5.1.1.2.- Escolaridad.	159
5.1.1.3.- Estado Civil.	160
5.1.1.4.- Número de hijos vivos.	162
5.1.1.5.- Religión.	163
5.1.2.- Características económicas.	165
5.1.2.1.- Ocupación.	165
5.1.2.1.1.- Jefe de familia.	166
5.1.2.1.2.- Usuaría.	167
5.1.2.1.3.- Otros contribuyentes.	167
5.1.2.2.- Aportación al gasto familiar.	169
5.1.2.2.1.- Jefe de familia.	169
5.1.2.2.2.- Usuaría.	170

	<u>Pág.</u>
5.1.2.2.3.- Otros contribuyentes.	170
5.1.2.3.- Tipo de casa de la entrevistada.	171
5.2.- Conocimiento del método y del "término" esterilización.	172
5.3.- Actitudes.	176
5.3.1.- Actitudes de carácter personal frente a la esterilización voluntaria.	176
5.3.1.1.- Hijos adicionales.	176
5.3.1.2.- Hijos ideales.	177
5.3.1.3.- Edad ideal.	178
5.3.1.4.- Disposición para operarse.	178
5.3.1.5.- Con posible distorsión.	180
5.3.1.5.1.-Selección del sexo para esterilizarse.	180

	<u>Pág.</u>
5.3.1.5.2.- Preferencia para la esterilización entre las mujeres económicamente activas e inactivas.	181
5.3.1.5.3.- Consecuencias postoperatorias.	181
5.3.2.- Actitudes de carácter socioeconómico frente a la esterilización voluntaria.	183
5.3.2.1.- Medio familiar.	183
5.3.2.1.1.- Esposo.	183
5.3.2.1.2.- Familiares de la pareja.	184
5.3.2.2.- Medio Económico.	185
5.3.2.3.- Medio religioso frente a la esterilización voluntaria.	186
5.3.2.4.- Medio Moral.	187

	<u>Pág.</u>
5.4.- Actitudes en relación al perfil socioeconómico.	188
5.4.1.- Actitudes personales con características del perfil socioeconómico.	189
5.4.2.- Actitudes sociales con características del perfil socioeconómico.	202
5.4.3.- Actitudes personales con otras actitudes de su mismo grupo.	204
5.4.4.- Actitudes sociales con otras actitudes de su mismo grupo.	210
 CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.	 216
6.1.- Respuesta a las hipótesis.	217
6.2.- Resumen de los resultados del perfil socioeconómico.	226
6.3.- Resumen de los resultados de las actitudes.	227
6.4.- Sugerencias.	229

BIBLIOGRAFIA

253

ANEXOS:

APENDICE ESTADISTICO

CUESTIONARIO

"Una acción entre dos seres que pueden dar a un tercero que no ha pedido nacer, involucra una responsabilidad de tal orden que no puede ser ignorada ni menos abandonada al instinto".

Dr. Benjamín Viel.

INTRODUCCION

En la presente investigación nos proponemos conocer la actitud de un grupo de mujeres hacia la esterilización voluntaria en la zona metropolitana de la ciudad de México. Nuestro interés se fundamenta en la importancia que la esterilización voluntaria tiene en la planificación familiar como método definitivo de control.

La investigación fue planeada y llevada a cabo en el Departamento de Investigación de la Fundación para Estudios de la Población, A.C.*

Para cumplir con sus objetivos, FEPAC, cuenta actualmente con un centro quirúrgico localizado en el Distrito Federal y 50 centros de planificación familiar en toda la república, de ellos 14 se localizan en el Distrito Federal y los 36 restantes están distribuidos en el interior del país. Hasta diciembre de 1979 contaba con 91,143 usuarias a las que pres-

* FEPAC, creada el 6 de noviembre de 1965. Esta institución es privada, no lucrativa, financiada por capital nacional y extranjero, cuyos objetivos principales son: "Crear conciencia, mediante la educación, del deber personal y social que implica la procreación responsable"; "proporcionar servicios de Planificación Familiar a los sectores de la población de escasos recursos y los medios científicos e individualmente adecuado para que la pareja pueda llegar a planificar su familia; propiciar y realizar investigaciones científicas en los diversos aspectos relacionados con planificación familiar".

ta servicios de planificación familiar y les distribuye métodos anticonceptivos, los más comunes son: los anticonceptivos orales que usa el 39.84% de las mujeres, el dispositivo intrauterino aplicado al 37.88%, las inyecciones el 17.88% y otros métodos el 4.39% restante.

En julio de 1979 se fundó el Centro Quirúrgico donde se practican ESTERILIZACIONES A HOMBRES Y MUJERES que así lo deseen*. Con el objeto de apoyar este centro, la FEPAC se planteó la necesidad de una investigación psicosocial acerca de la esterilización y por medio de ella conocer cuales son las opiniones, los temores, los prejuicios y la información de las mujeres hacia la ESTERILIZACION VOLUNTARIA.

La ausencia de investigaciones mexicanas que estudiaran la actitud de las mujeres al respecto nos confirmó la necesidad de muchos análisis, como el presente, pues los documentos y libros consultados tratan acerca de la reacción psicológica postoperatoria de la mujer o del hombre; pero, no antes de dicha operación, los escasos resultados encontrados son

* Anteriormente, a las usuarias que solicitaban este servicio, se les canalizaba a otras instituciones.

de investigaciones llevadas a cabo principalmente en países industrializados.

LIMITACIONES DEL TRABAJO.

Reconocemos que este trabajo presenta restricciones, una de ellas se refiere a la muestra seleccionada que está compuesta por mujeres de la zona metropolitana, ya que por falta de recursos materiales, humanos y financieros no fue posible, por el momento, ampliarla a las zonas rurales; otra, es el hecho de que la muestra esté integrada únicamente por mujeres, ya que sin duda alguna sería de suma importancia conocer la ACTITUD de los hombres. Es necesario insistir en una limitación más, las generalizaciones serán válidas para las mujeres que utilizan los servicios de Planificación Familiar en los centros de FEPAC de la zona metropolitana.

Confiamos que, el presente estudio a pesar de las restricciones señaladas, constituya una aportación, fundamental en el terreno psicosocial, que nos permitirá conocer la disposición de las mujeres hacia la esterilización voluntaria; esperamos, además, que sea utilizable como base para

investigaciones posteriores en el tema de planificación familiar y metodología anticonceptiva.

Para fines de análisis, la exposición de los temas relativos a la Actitud y a la Esterilización Voluntaria se presentan por capítulos separados, pero, no debe olvidarse que forman parte de una estructura que contiene importantes elementos de las áreas demográfica, social, económica y psicológica.

El presente trabajo contiene, en primer lugar el marco teórico, donde se proporciona un panorama general sobre el estudio de las actitudes, su formación y su evaluación; posteriormente (cap. II) se plantea el tipo de relación que existe entre el crecimiento de la población y los programas de planificación familiar de México; en el capítulo III se expone el papel en los programas de planificación familiar y de la Esterilización Voluntaria, como método definitivo de contracepción; continuamos en el capítulo IV con el proyecto de investigación y metodología de estudio en donde se incluyen: los objetivos, las hipótesis planteadas, la selección de la muestra, la elaboración del instrumento de medición; en un capítulo más presentamos

la exposición de los resultados; y por último, las conclusiones y sugerencias pertinentes quedan plasmadas en el capítulo VI.

Agradecemos la colaboración de las mujeres usuarias de FEPAC, que hicieron posible la realización de la encuesta, a los directivos de la FEPAC por las facilidades que nos proporcionaron para la realización de esta investigación, al personal que labora en los centros clínicos de la fundación, así como también a la Dra. Ma. Luisa Morales, Catedrática de la Facultad de Psicología de la UNAM por sus acertados comentarios.

Queremos manifestar de manera muy especial un infinito agradecimiento a la Lic. Ma. Luisa Rodríguez Sala de Gómezgil y a la Lic. Aurora Tovar por su valiosa coordinación, sus aportaciones y comentarios y por el entusiasmo que nos transmitieron para llegar al fin de este trabajo.

"Los seres humanos tienen que pasar por una secuencia de pasos mentales -emocionales- sociales en el proceso de adopción de una innovación...".

José María Blanch.

CAPITULO I. MARCO TEORICO.

1.1.- Actitudes.

Ha sido de gran interés, principalmente para los psicólogos sociales y los sociólogos, contar con una herramienta psicosocial como lo son las escalas de actitudes, por medio de ellas es posible allegarse los elementos necesarios para dar una explicación de las costumbres de los individuos de una sociedad determinada; dichas escalas permiten además medir las actitudes, dando así la posibilidad de predecir comportamientos y encauzar modificaciones a la forma de actuar y de responder a los estímulos que presenta el medio en que vive el ser humano. Las actitudes son una de las herramientas en las que se apoyan los investigadores -psicólogos sociales y sociólogos- porque cubren casi todas las características de la personalidad como: la percepción, interpretación, generosidad, humildad, los sentimientos de coraje, agrado o desagrado, los temores, los prejuicios, etc. Se puede definir a las actitudes como "procesos mentales individuales que determinan tanto las respuestas actuales como las potenciales de cada persona en el

mundo social",⁽¹⁾ dichas respuestas van dirigidas hacia valores de carácter social e individual. Estos procesos son colectivos e intercondicionados dentro del grupo en el cual el individuo se desenvuelve.

Las actitudes como procesos psicofísicos que determinan las respuestas de cada persona en el mundo social, se pueden enmarcar dentro del enfoque funcional ya que éste se interesa en la reacción del organismo, en la relación funcional entre este antecedente y consecuente y en el papel de adaptación de la conducta humana al medio.

1.1.1.- Aspectos históricos del concepto actitud.

El término de actitud se empleó por primera vez en el campo del arte, posteriormente se introdujo en la Psicología Moderna con el nombre de "actitudes mentales" y "actitudes motoras".

Hebert Spencer en 1862 fue uno de los primeros en utilizar el

(1) Allport, Gordon W. Actitudes en Fishbein, Martin. "Attitude Theory and Measurement". Ed. M. Fishbein, Departament of Psychology, University of Illinois, 1967, p. 6.

término. En los estudios experimentales que se iniciaron sobre las actitudes se encontró que éstas estuvieron ligadas a la reacción: por ejemplo N. Lange (a fines del siglo XIX) descubrió que existía una reacción más rápida del individuo que estaba en actitud favorable de apretar una llave del que no lo estaba.

Algunos teóricos criticaron la forma en que se realizaba el estudio acerca de las actitudes, pero finalmente aceptaron que las actitudes eran un campo importante en la Psicología, también se descubrió que éstas formaban parte del inconsciente lo cual dió origen a un campo desconocido para la psicología experimental.

En la última década del siglo XIX Freud en sus estudios psicoanalíticos trata de dar una explicación de las actitudes en relación al papel del inconsciente.

Es hasta la cuarta década de nuestro siglo, durante la Segunda Guerra Mundial, que el estudio de las actitudes se convierte en factor primordial de la política militar, buscando esclarecer los elementos necesarios con los que se pudiera levantar la moral y predecir la conducta de los

soldados en la línea de fuego.

Actualmente, las actitudes han continuado estudiándose y juegan uno de los papeles más importantes de la Sociología y la Psicología Social.

1.1.2.- Definiciones.

Se han recopilado, de diferentes autores, más de 30 definiciones de actitud; a continuación, hemos seleccionado algunas de ellas que consideramos de aplicación a los fines de nuestra investigación.

Thurstone, uno de los principales exponentes, dió en 1928 una de las primeras definiciones de actitud, afirmando que es "la suma total de inclinaciones, sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico".⁽²⁾

Otro gran exponente es Allport, quien en 1935 definió la actitud como: "un estado mental y neurológico de atención, organizado a través

(2) Summers, Gene T. Medición de Actitudes. Ed. Trillas. México, 1976, pág. 158.

de la experiencia y capaz de ejercer una influencia directiva o dinámica de los objetos y situaciones con los que está relacionado". (3)

Para definir las actitudes Osgood nos da el significado "de un concepto como la asignación a un punto en el espacio multidimensional semántico por lo que: actitud hacia un concepto es la proyección de este punto puesto en la dimensión evaluativa de ese espacio". (4)

En 1956 Bruner y White la definieron como: "una predisposición a experimentar de ciertas formas a una determinada clase de objetos, con un efecto característico: ser motivado en diversas formas por esta clase de objetos y actuar en forma característica en relación con dichos objetos". (5)

Jones y Gerard en el año de 1967 dicen que una actitud es: "el resultado de la combinación, en un silogismo, de una premisa, constituida

(3) Allport, Op. cit., pág. 8.

(4) Osgood, Charles, Suci, George H. Tannenbaum, Percy H. The Measurement of Meaning. Cap. V. University of Illinois Press Urban, 1957, pág. 189.

(5) Rodríguez, Aroldo. Psicología Social. E. Trillas. Méx. 1979, p. 329.

por una creencia y de otra constituida por un valor. Las actitudes son esencialmente derivadas de otros valores que son más básicos o que fueron internalizados con anterioridad en el proceso de desarrollo".⁽⁶⁾

Triandis en 1971, menciona que una actitud: "es una idea cargada de emoción que permite una clase de acciones ante cierta clase de situaciones especiales".⁽⁷⁾

Para los autores de la Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales dirigida por David L. Sills definen a la actitud: "una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada".⁽⁸⁾

En el Diccionario de Psicología y Psicoanálisis de H.B. English y A.Ch. English, la actitud es una "predisposición, aprendida y perdurable, a conducirse en forma consecuente respecto de una clase dada de objetos; es

(6) Rodríguez, Op. Cit., p. 330.

(7) Whittaker, James O. La Psicología Social en el Mundo de Hoy. Ed. Trillas. Méx, 1979, p. 240.

(8) Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales. Libro I. Ed. Aguilar, p. 15.

tado de reacción persistente, mental o nerviosa ante cierto objeto o clase de ellos no como son, sino como se concibe que son. Una actitud se identifica por la consistencia de la respuesta a una clase de objetos".⁽⁹⁾

Para Friedrich Dorsch la actitud es "el modo de dirección u orientación, modo de proceder en una tarea".⁽¹⁰⁾ Este término puede considerarse de varias formas según el autor, por ejemplo: 1) Mittenecker dice que las actitudes "son tendencias o inclinaciones relativamente específicas, poco estables en el tiempo, dirigidas a determinadas cosas y situaciones. 2) En el ámbito anglosajón la actitud indica una disposición a un modo de ver las cosas y enfrentarse con ellas, que es duradera y está enraizada en los estratos profundos de la persona, que tiene tonalidad afectiva e influye decisivamente en la relación con determinadas cosas. La influencia sobre éstas relaciones se manifiesta en convicciones, prejuicios y opiniones".⁽¹¹⁾

(9) English H.B. y English A.CH. Diccionario de Psicología y Psicoanálisis, Vol. 3, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1977, p. 27.

(10) Dorsch, Friedrich. Diccionario de Psicología. Ed. Herder, Barcelona, 1977, p. 8.

(11) Idem., p. 8.

Así podríamos continuar transcribiendo las diversas definiciones de las actitudes; pero como lo propuso Berkowitz, (1972) es preferible agrupar estas definiciones en cuatro grupos:

a) El primero constituido con las ideas de Thurstone y Osgood quienes indican una evaluación o una reacción afectiva, por lo tanto, la actitud se medirá teniendo en cuenta si los sentimientos o afectos de un individuo hacia un sujeto son favorables o desfavorables.

b) Otros autores, quienes consideran que su característica principal radica en la disposición a actuar de cierto modo.

c) Un tercer grupo piensa que las actitudes están compuestas por componente: 1) afectivo, 2) cognoscitivo y 3) conductual y

d) Un cuarto grupo, en el que queda comprendido el punto de vista funcionalista o Skinneriano, que considera que son disposiciones de respuesta similar a cualquier otra disposición que sirve de base a una ejecución aprendida.

Campell (1963) también propone que las definiciones de las actitudes se clasifican en: "a) conductista y b) cuasifenomenológicas: afecti-

vas, cognoscitivas y conductivas". (12)

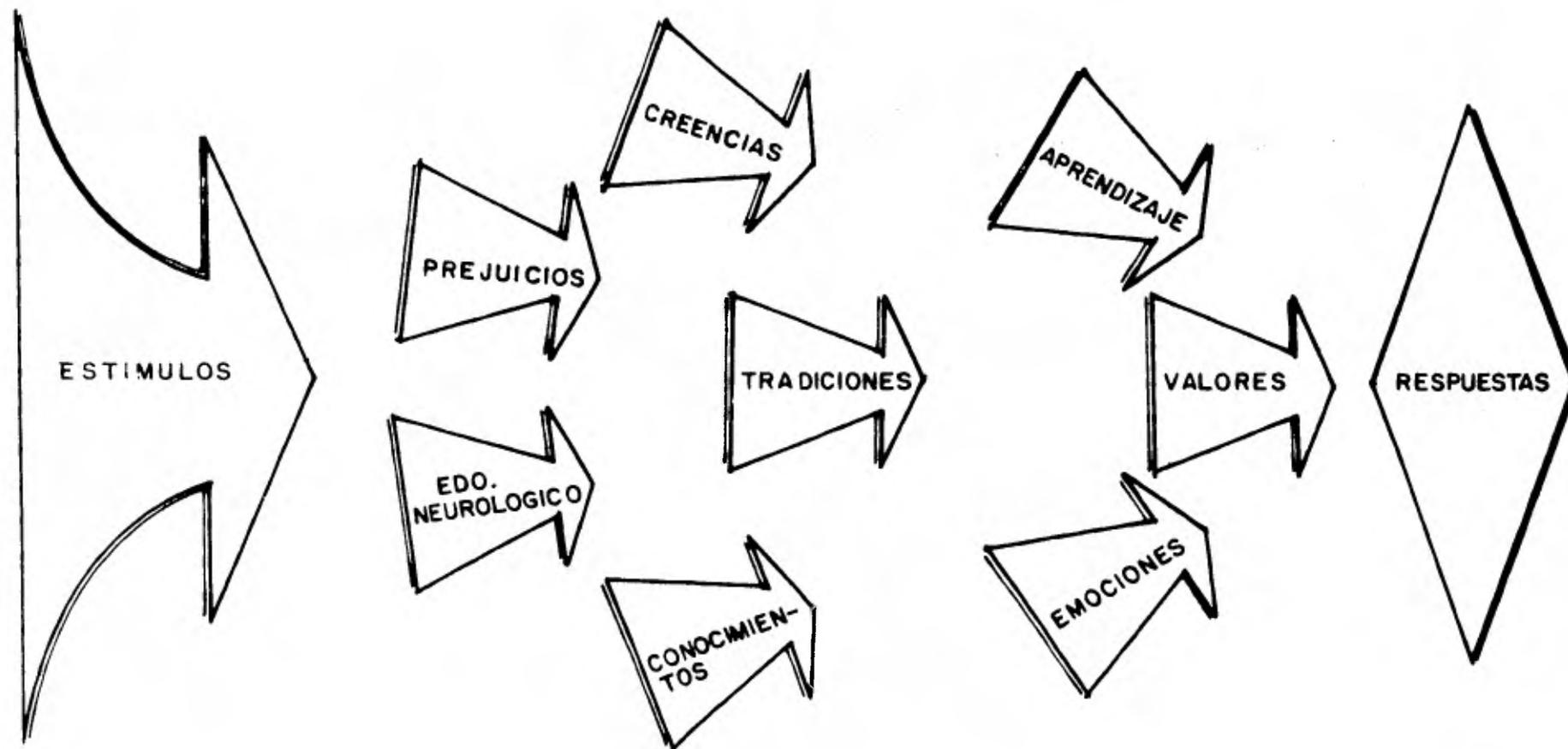
Resumiendo lo descrito anteriormente encontramos que los autores están de acuerdo entre sí, acerca de la definición de actitudes, aunque son expresadas en diferentes términos. Para tener un panorama general de las definiciones, elaboramos el siguiente esquema:

(12) Whittaker, Op. cit., pp. 239-240.

ESQUEMA

RESUMEN DE LAS DIVERSAS DEFINICIONES DE ACTITUDES

A C T I T U D E S



Debido a las características del presente trabajo sobre Esterilización Voluntaria, creemos que la definición de Thurstone --"la suma total de inclinaciones, sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico"-- es la que más se adapta a nuestro estudio ya que en la actitud ante la esterilización voluntaria, consideramos que intervienen: prejuicios, temores, ideas preconcebidas, amenazas, etc., como lo cita Thurstone y demás elementos señalados en el esquema anterior.

1.1.3.- Relación con otros aspectos psicológicos.

Cabe aclarar que las actitudes no son elementos psicológicos aislados, ya que están estrechamente relacionadas con otros factores por ejemplo:

a) Motivación.- Según Newcomb "es un estado del organismo en el que la energía corporal es movilizada y dirigida en forma selectiva hacia determinadas partes del medio ambiente".⁽¹⁴⁾ Esta energía corporal pro

(14) Klineberg, Otto. Psicología Social. Fondo de Cultura Económica. México, 1974, p. 81.

duce una inquietud, iniciándose así las tendencias a la actividad.

b) Percepción.- Fisiológicamente "es un proceso regido principalmente por la excitación de los receptores sensoriales, pero influido también por otros factores que según puede mostrarse, se han originado durante la historia vital del organismo".⁽¹⁵⁾ Socialmente la percepción "se ocupa de los efectos de los factores sociales y culturales sobre la estructuración cognitiva que el hombre forma de su ambiente físico y social",⁽¹⁶⁾ y la personalidad "se ocupa del estudio de los procesos a través de los cuales llegamos a conocer y pensar sobre otras personas, sobre sus características, cualidades y estados internos".⁽¹⁷⁾ Como se puede observar, la actitud y la percepción, están estrechamente relacionadas ya que si no hay percepción del medio externo no se da la actitud.

c) Aprendizaje.- "Término muy general para un cambio relativamente perdurable, como respuesta a las exigencias de una tarea, inducido indirectamente por la experiencia; o el proceso o procesos por los que ese

(15) English H. B. Op. Cit., p. 599.

(16) Enciclopedia Internacional, Op. Cit., p. 7, Libro VIII.

(17) Enciclopedia Internacional, Op. Cit., p. 7, Libro VIII.

cambio se produce". (18)

Para Kimble (1961) el aprendizaje ha sido definido "como un cambio relativamente permanente en una tendencia de la conducta, que se da como efecto de una práctica reforzada". (19)

Igualmente que con los otros aspectos psicológicos, la actitud está relacionada con el aprendizaje ya que éste origina un nuevo conocimiento que da por resultado una actitud.

d) Memoria.- "Es la función general de revivir o reproducir la experiencia pasada con la noción más o menos definida de que la experiencia actual es una reviviscencia. Se han reconocido 4 fases distintas de la memoria: a) memorización o aprendizaje; b) retención; c) evocación; y d) reconocimiento". (20)

La psicología moderna no considera que la memoria sea una facultad única o aislada, de aquí su relación con los demás aspectos psicológicos.

(18) English H.B. Op. Cit., p. 70.

(19) Enciclopedia Internacional, Op. Cit., p. 445. Tomo I.

(20) English H.B. Op. Cit., p. 510.

e) Lenguaje.- "Conducta verbal o escrita, característica peculiar del hombre". (21)

"Presupone la presencia de alguien más" y crea el "puente" o comunicación con los otros. K. Bühler, distingue en el lenguaje tres funciones: expresión (manifestación), acción (efecto sobre otros, influencia), relación a un objeto (orientación, relato, exposición). El lenguaje utiliza diversas formas: enunciado, afirmación, ruego, pregunta, amenaza, información, etc. Presenta muchas modificaciones, condicionadas por la situación, en el tono, la intensidad de la voz, el ritmo y la cadencia, la mímica y los gestos asociados". (22)

El ser humano tiene la necesidad de comunicarse, al llevarse a cabo esta comunicación se utiliza el lenguaje que contiene información acerca del medio que lo rodea, esta información va a crear una actitud.

f) La personalidad es el modo de ser individual, conjunto de todos los procesos y propiedades psíquicas de un hombre que se manifiestan de

(21) Idem, p. 473.

(22) Dorsch Friedrich. Op. Cit., p. 537.

modo mediato o inmediato"⁽²³⁾ por lo tanto la relación que existe entre la personalidad y la actitud, es que esta última "se refiere a un aspecto de la personalidad que implica estimar la conducta persistente y consecuente hacia un conjunto de situaciones de objetos relacionados".⁽²⁴⁾

La actitud "es en sí mismo un término interdisciplinario que une a la psicología y a la sociología; ya que las actitudes tienen referencias sociales en sus orígenes, desarrollo y objetivos, mientras que al mismo tiempo son referencias psicológicas que son inherentes al individuo y son una función de su psicología".⁽²⁵⁾

1.1.4.- Formación de actitudes.

Las actitudes se forman a partir de los factores internos y externos de la persona; según Allport para que se formen es necesario que:

(23) Idem, p. 702.

(24) English H.B. Op. Cit., p. 606.

(25) Reidl Lucy, Op. Cit., p. 3.

a) Se presenten más experiencias, las cuales se integran en reacciones comunes, concretas y de tipo semejante, o

b) Debido a la individualización, la diferenciación y la segregación, las experiencias adicionales hacen que la actitud de cada sujeto se vuelva más concreta y se distinga de otras actitudes, o

c) Se presente un trauma o experiencia dramática y/o

d) Por imitación, se adquiere una actitud idéntica a la formada en los demás, como los padres, amigos, maestros, etc.

En todos estos aspectos se observa la presencia de una situación social en la que se tiene experiencia directa con el objeto dando por resultado, una nueva actitud o modificación de las anteriores cuando ocurre el primer contacto de la persona con dicho objeto; además de la experiencia, la comunicación desempeña un papel muy importante para la formación de actitudes, ya que presenta patrones de comportamiento referidos hacia un objeto determinado los cuales se distribuyen a través de la comunicación, cara a cara y a través de los medios masivos de información, como el radio, cine, televisión, la prensa, etc.

1.1.5.- Características de las actitudes:

Las actitudes contienen varias características:

- a) Dirección.- Es la orientación o tendencia, sea positiva o negativa, hacia un objeto.
- b) Intensidad.- Magnitud o fuerza de la emotividad hacia el objeto.
- c) Centralidad.- Las actitudes que se afirman con fuerza suelen ser centrales, se basan en una serie de creencias y proporcionan motivos de acción.
- d) Prominencia.- Es el grado con que un individuo destaca una determinada actitud, o la medida en que la hace notar.
- e) Coherencia.- Dos o más actitudes coinciden entre sí, de tal modo que se relacionan unas con otras.
- f) Consistencia.- Se sostiene una misma actitud hacia un objeto ante situaciones o grupos diferentes.

La mayoría de los psicólogos sociales modernos consideran que las actitudes están compuestas por tres elementos:

- 1) **Afectivo.-** Es el más característico de una actitud, por el que una persona tiene un sentimiento en favor o en contra de un objeto.
- 2) **Cognoscitivo.-** Para que exista este elemento, es necesario tener una representación cognoscitiva del objeto, de tal forma que se presenta una actitud ya sea pro o en contra del objeto. Esta representación no necesita ser exacta. Así por ejemplo, una persona con prejuicios, manifiesta puntos distorsionados de un objeto por falta de conocimiento, y ésta, es una actitud negativa.
- 3) **Conductual.-** Es la manifestación del comportamiento de una persona ante un objeto.

1.1.6.- Función de las actitudes.

Para Smith, Bruner y White, las actitudes se forman con la finalidad de cumplir las funciones que se dan entre la personalidad y la actitud. Las funciones deben cumplir con:

a) La evaluación de un objeto, que consiste en poseer una actitud definida en relación a un objeto en que se da un patrón para establecer ciertas reacciones frente al mismo o a otra serie de objetos con los que es tá relacionada.

b) El ajuste social, desempeña el papel de permitir la facilitación, la conclusión y la conservación más o menos armoniosa de las relaciones humanas, dando así mayor estabilidad al individuo y

c) La exteriorización, es la manifestación clara de las posiciones que defienden o protegen al "yo"* de ciertos estados de ansiedad provocados por problemas internos.

* Llamado así por S. Freud, en el psicoanálisis a un estado de la personalidad de los individuos, en que el "yo" está de acuerdo con la realidad y trata de reducir el dolor al mínimo, mientras permite un placer máximo. Representa la persona consciente conectada con la realidad.

Hay además otras funciones que justifican el interés por el estudio de las actitudes y que son:

1) "Constituyen un valioso elemento para predecir la conducta, pues el conocimiento de las actitudes de una persona en relación con determinados objetos, permite que se puedan hacer inferencias acerca de su conducta.

2) Ayuda a formar una idea más estable de la realidad en que vivimos.... al mismo tiempo sirven para proteger nuestro "yo" de conocimiento individual y

3) Son base de una serie de importantes situaciones sociales como las relaciones de amistad y conflicto". (26)

1.1.7.- Cambios de actitudes.

Las actitudes humanas aunque son relativamente estables están sujetas a cambios en sus componentes: afectivo, cognoscitivo y conductual,

(26) Rodríguez, Op. Cit., pp. 327-328.

debido a la gran cantidad de información que se recibe del ambiente. Estos elementos están estrechamente relacionados en busca de un estado de armonía, por lo cual si se registra algún cambio en cualquiera de ellos esto puede redundar en una modificación de los demás; es decir, una nueva información o experiencia puede crear un estado de incongruencia entre ellos.

Para lograr un cambio de actitudes se debe tener en cuenta el papel del comunicador, que se apoya en la teoría del reforzamiento, que utiliza incentivos para lograr el cambio al facilitarle al receptor una gratificación que puede variar su posición original.

En este proceso es necesario considerar también el papel del receptor, y con ello tanto sus características personales como son su individualidad, la autoestima, las características sociales entre las que deben figurar, su pertenencia en relación a ésta, el autoritarismo y el aislamiento social porque cuando una persona carece de apoyo, se siente más aislada, y por lo tanto, es más influenciable. En cuanto a la afiliación de una persona a un grupo, ésta se efectuará en la medida en que se identifique con el grupo al que pertenece. A mayor identificación, mayor será la dificultad

tad para que acepte una comunicación que atente contra las normas del grupo y consecuentemente menores las posibilidades de cambio de actitud.

Ahora bien, depende del público a quien se dirige la información que busca producir el cambio, el que éste se logre o no la comunicación persuasiva, ya sea "unilateral" o "bilateral".⁽²⁷⁾ La primera va dirigida a un público integrado por personas de inteligencia inferior al promedio y la segunda es para un público con mayor preparación y capacidad intelectual.

En la comunicación unilateral se dan a conocer argumentos únicamente en favor o en contra de un tema cualquiera, en tanto que en la bilateral, si bien se presentan argumentos en favor y en contra, éstos últimos se refutan. Utilizando este tipo de información es como fácilmente se puede llegar al cambio de actitud en públicos mal informados y de instrucción baja.

(27) Whittaker, Op. Cit., pp. 275-276.

1.1.8.- Técnicas de evaluación de las actitudes.

Evaluar actitudes no es sencillo, porque es imposible observarlas directamente. Para ello es necesario inferir la actitud analizando las respuestas de una persona y los acontecimientos mediante apreciaciones y experiencias verbales.

Las actitudes pueden medirse por entrevistas y cuestionarios escritos; ambas formas permiten reunir una gran cantidad de datos en poco tiempo y su aplicación puede ser individual o colectiva. Estas pueden ser elaboradas como escalas que tienen la finalidad de convertir una serie de hechos cualitativos (atributos), a una serie de hechos cuantitativos (variables).

Respecto a estas técnicas de escalamiento hay varias y entre las más conocidas están:

1) La de Thurstone (1931) llamada "Métodos de intervalos aparentemente iguales", consiste en que un grupo de peritos clasifica reactivos de opinión en 9 u 11 categorías que constituyen un continuo que varía de desfavorable a favorable. El valor escalar de cada reactivo se determina

por el punto del continuo, por encima y por debajo del cero.

2) La de Osgood sobre el diferencial semántico (la escala prioritaria), aquí se elaboran una serie de preguntas que previamente han sido evaluadas.

3) El método de estimaciones sumatorias de Likert. Se seleccionan reactivos con un criterio de consistencia interna. Los sujetos indican valores en cada reactivo que van desde: completamente de acuerdo hasta completamente en desacuerdo. Se asigna valores de 0 a 4; el más alto, 4, se asigna a la categoría que indica la actitud más favorable. Se selecciona un grupo superior y uno inferior, con base en las puntuaciones totales obtenidas de la suma de los valores de los reactivos.

4) El método de análisis escalar de Guttman. En este análisis escalar, se prueba un conjunto completo de reactivos para determinar si, como grupo, constituye una escala en el sentido de que a partir de la puntuación de orden jerárquico sea posible reproducir la respuesta de un sujeto a los reactivos individuales.

La noción básica de la escala de Guttman o acumulativa es que

entre los reactivos que forman la escala, existe una relación interna tal, que una persona que ratifica o concuerda con un reactivo que ocupa una posición escalar dada, ratificará todos los reactivos que están por debajo de ella en la escala.

5) Una técnica que ha tenido éxito en su tarea es la técnica de "Discriminación Escalar", se basa en investigaciones previas que mostraron que el punto de corte* de un reactivo está relacionado con el valor escalar de Thurstone del reactivo; y que su reproductibilidad** se vincula con su poder discriminativo.

6) Los censos de opiniones que determinan actitudes por medio de cuestionarios o votaciones, elaborando preguntas con ciertas escalas y obteniendo el porcentaje de los resultados, este método expresa la actitud

* Este indica el lugar de las puntuaciones de orden jerárquico de los sujetos; la respuesta más común cambia de una categoría (de acuerdo) a la siguiente (en desacuerdo). Entre los puntos de corte de una escala perfecta, todas las respuestas caen en la misma categoría.

** La reproductibilidad de un reactivo se mide por el grado en que pueden reproducirse las respuestas al reactivo a partir de las puntuaciones de orden jerárquico de los sujetos.

del momento que puede transformarse fácilmente por medio de propaganda.

El instrumento utilizado para el presente trabajo es una adaptación del censo de opiniones, ya que en nuestro cuestionario se elaboraron preguntas y los resultados para un primer análisis se presentan en base a porcentajes.

Para finalizar con esta breve revisión de las diferentes posiciones que los estudios han tenido en relación con la "actitud", creemos conveniente señalar que, como puede observarse, el estudio de este fenómeno es muy complejo por todos los elementos psicosociales que involucra.

Al proponernos un estudio acerca de la actitud de la mujer usuaria del programa de planificación familiar de FEPAC, estamos conscientes de la magnitud del proceso de análisis y por ello optamos por dividir el trabajo en etapas que nos alleguen los elementos indispensables para un auténtico análisis de actitud.

Las etapas en las que se divide el trabajo son las siguientes:

- 1) la revisión de toda la bibliografía existente de estudios previos en relación al análisis de actitudes psicosociales de las mujeres mexicanas no

esterilizadas en relación a la esterilización voluntaria.

Al no encontrar los elementos necesarios, nos vimos en la necesidad de empezar desde el relevamiento de la opinión de las mujeres mexicanas acerca de la esterilización voluntaria; para ello se elaboró un cuestionario, que en el capítulo IV se detalla en contenido y metodología. Una vez que se obtuvo el material suficiente que nos permitió elaborar las conclusiones y sugerencias pertinentes, nos encontramos ya en posibilidad de elaborar la 2a. etapa del trabajo, una Escala de Actitud en relación a la Esterilización Voluntaria de la mujer mexicana y que consideramos el aporte verdadero de este trabajo de investigación. Aquí se hace una propuesta de la escala de actitud que en estudios posteriores podrá ser aplicada tanto a hombres como mujeres en cualquier territorio del país.

Sólo la práctica y la confrontación con la realidad nos permitirá comprobar si nuestro aporte ha sido o no relevante para el conocimiento de una pequeña parte de nuestra realidad.

"La tesis de que cada niño trae su torta es una conseja muy ampliamente difundida, pero por desgracia cada niño que nace se come un pedazo de la torta de los demás y es necesario ampliar la torta para que puedan crecer más niños y al mismo tiempo que haya menos bocas para la torta".

Mario Moya Palencia.

CAPITULO II. PLANIFICACION FAMILIAR Y SU RELACION CON LOS ASPECTOS DEMOGRAFICOS DE MEXICO.

2.1.- Aspectos demográficos de México.

En primer lugar, se presenta una revisión del crecimiento de la población en México desde el año 1900 hasta el 1980 y posteriormente se expondrá el tema de la planificación familiar y el papel que desempeña en relación a la nueva política demográfica del país.

2.1.1.- Población total 1900 - 1980.

El siglo XX representa para México grandes cambios demográficos y el paso a través de las diferentes etapas de crecimiento que corresponden a largos procesos históricos, económicos y sociales. Si hacemos un recuento del crecimiento de la población desde principios de siglo, observamos que ha aumentado casi cinco veces en menos de cien años. Durante la Revolución Mexicana "el país tenía poco más de 15 millones de habitantes con un incremento anual de 1% en 1920, después de la conflagración y con más de un

millón de muertos el crecimiento se redujo al medio por ciento... en los años cuarentas alcanzamos los 20 millones de habitantes con un crecimiento de 1.7%. En 1950 eramos ya cerca de 26 millones de mexicanos. Llegamos a 35 en 1960⁽²⁸⁾ y a más de 60 en la siguiente década. (Ver cuadro Núm. 1).

Con esto podemos deducir que si en la primera mitad del siglo se hizo necesario implementar una política a favor del crecimiento demográfico para poblar el país y explotar sus recursos, ahora ha crecido a tal grado el índice de natalidad que se necesita invertir el proceso y controlar el crecimiento de la población, que se aceleró en las últimas cuatro décadas. Este incremento de natalidad y disminución de mortalidad fue causado por los adelantos médicos, tecnológicos, económicos y sociales.

2.1.2.- Tasas de natalidad, esperanza de vida y mortalidad en México.

Debido a estos adelantos la esperanza de vida al nacer ha aumentado considerablemente, éste es un indicador importante en nuestro análisis,

(28) Moya Palencia. Programa e Instrumento. "La Revolución Demográfica", p.17.

CUADRO NUM. 1
POBLACION TOTAL POR SEXO
1900 - 1980 (En miles)

Año	Total de habitantes	Hombres	Mujeres
1900	13,607.3	6,752.1	6,855.2
1910	15,160.4	7,504.5	7,655.9
1921	14,334.8	7,003.8	7,331.0
1930	16,552.7	8,119.0	8,433.7
1940	19,653.6	6,695.8	9,957.8
1950	25,791.0	12,969.9	13,094.1
1960	34,923.1	17,415.3	17,507.8
1970	50,694.6	25,584.8	25,109.8
1978*	65,863.8	33,265.7	32,598.1
1980**	67,405.7	33,181.9	34,223.8

Fuente: 1900 - 1960 Censos Generales de Población, Dirección General de Estadística, S.I.C.

1970 Población Censal Corregida por Sobrenumeración proyectada al 30 de junio, S.P.P., CSNI., D.G.E. '78.

* 1978 Estimación del Consejo Nacional de Población.

** 1980 Censo General de Población y Dirección General de Estadística.

ya que en las presentes condiciones contribuye al crecimiento demográfico; mientras que en las primeras décadas del siglo los nacimientos se veían compensados con la alta tasa de mortalidad, en las posteriores se disminuye esta última notablemente (ver gráfica 1), y la expectativa que tienen los individuos al nacer aumenta. Es entonces que se requirieron cerca de 50 años para alcanzar tasas tres veces más altas.

En el cuadro Núm. 2 se puede ver claramente como baja la tasa de mortalidad de 25.9 en 1930 a 7.2 en 1975, en tanto que la esperanza de vida al nacer en 1930 fue de 37 años y de 62 para 1975.

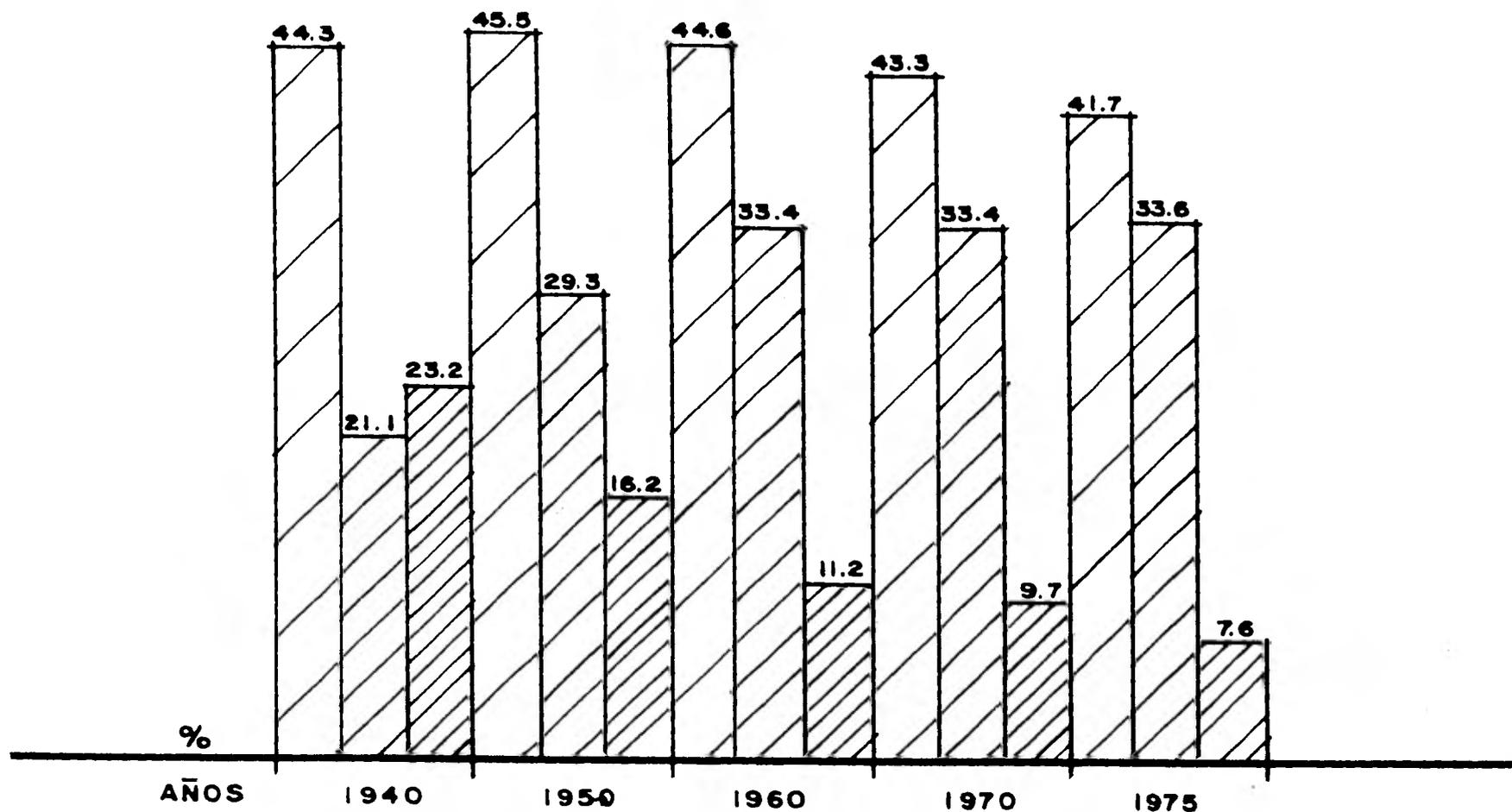
2.1.3.- Tasas de crecimiento en otros países.

Ahora bien, de los países de todo el mundo México es el único que con una tasa de natalidad anual de "3.5% ha duplicado su población en 20 años" (1950-1970),⁽²⁹⁾ en comparación con los demás que la duplican hasta los 35 años. (Ver cuadro Núm. 3).

(29) México Demográfico. Consejo Nacional de Población. Breviario, 1978, p. 9.

GRAFICA NUM. 1

TASAS: NATALIDAD, MORTALIDAD Y CRECIMIENTO NATURAL
(POR CADA 1,000 HABITANTES)



□ NATALIDAD
▨ CRECIMIENTO NATURAL DE LA POBLACION.
▩ MORTALIDAD

FUENTE: DATOS DE 1940 A 1970
ANUARIOS ESTADISTICOS DE LA D.G.E.
DE LA S.I.C.
1975 PROMEDIO DEL QUINQUENIO 1975-
1980, ESTIMADO POR CELADE.
MEXICO DEMOGRAFICO, BREVIARIO 1975; CONAPO.

CUADRO NUM. 2
 TASAS DE NATALIDAD, ESPERANZA DE VIDA AL NACER Y MORTALIDAD
 (1930 - 1975)

Año	Tasa de natalidad*	Esperanza de vida al nacer**		Tasa de mortalidad*
		H	M	
1930	36.8	36.08	37.49	25.9
1940	44.3	40.4	42.5	22.7
1950	44.2	48.1	51.0	15.7
1960	44.2	57.6	60.3	11.1
1970	42.1	61.1	64.9	9.6
1975	38.3	62.8	66.6	7.2

Fuente: * Para el período 1930-1970: Dirección General de Estadística S.I.C. Anuarios Estadísticos (varios años) e Imagen Demográfica 1960-1973. Dirección General de Estadística S.I.C. México. Cuadro 1, página 5.

Para 1975: Cálculos realizados en la Dirección General de Estadística (se utilizó la población corregida por subenumeración censal).

** Raúl Benítez y Gustavo Cabrera. Tablas abreviadas de mortalidad de la población en México. El Colegio de México, 1967.

CUADRO NUM. 3
POBLACION, TASA DE CRECIMIENTO Y DENSIDAD DE POBLACION EN DIFERENTES PAISES
(en miles)

País	Población		Tasa de crecimiento	Sup. en Km2.	Densidad de población	
	1970	1976			1970	1976
Alemania Democrática	17,058	16,786	0.3	108,178	157.7	155.2
Alemania Federal	60,714	61,498	0.2	248,577	244.3	247.4
Argentina	23,748	25,719	1.3	2,766,889	8.6	9.3
Brasil	92,520	109,181	2.8	8,511,965	10.9	12.8
Colombia	10,527	24,372	2.9	1,138,914	18.0	21.4
Costa Rica	1,727	2,012	2.6	50,700	34.1	39.7
Cuba	8,551	9,330	1.5	114,524	74.7	81.5
China	771,840	852,133	1.7	9,596,961	80.4	88.8
E.U.A.	204,878	215,118	0.7	9,363,123	21.9	23.0
España	33,779	35,971	1.1	504,782	66.9	71.3
Francia	50,768	52,915	0.7	547,026	92.8	96.7
Guatemala	5,272	6,256	2.9	108,889	48.4	57.5
Haití	4,235	4,668	1.6	27,750	152.6	168.2
India	539,075	610,077	2.1	3,287,590	164.0	185.6
Japón	104,345	112,768	1.3	372,313	280.3	302.9
México	50,695	61,800	3.4	1,972,547	25.7	31.3
Suecia	8,043	8,222	0.4	449,964	17.8	18.3
Suiza	6,187	6,346	0.4	41,288	149.9	153.7
U.R.S.S.	242,757	256,670	0.9	22,402,200	10.8	11.5
Venezuela	10,275	12,361	3.2	912,052	11.3	13.6

Fuente: Demographic Year Book. Naciones Unidas, 1976. Densidad de población - habitantes por kilómetro cuadrado en México Demográfico. Breviario, 1978. México, p. 19.

Efectivamente de los 20 países mencionados en el cuadro anterior, las tasas de natalidad más elevadas son para los países latinoamericanos, y no sólo de éstos sino de todo el mundo la de México, es la más alta.

2.1.4.- Algunos problemas que se desencadenan con el crecimiento poblacional.

Aun cuando sabemos que el crecimiento poblacional en nuestro país no es la única causa de nuestros problemas económico-sociales, sino que éstos se relacionan también con la forma de producción y distribución de los bienes, estamos de acuerdo que con este ritmo acelerado de la población se desencadenan una serie de circunstancias que obstaculizan una óptima planeación para el desarrollo del país y ponen en peligro la estabilidad del sistema generando entre otras cosas que: a) se incremente la población en edad reproductiva, quienes inician su función biológica y social participando activamente en la fecundidad, en el año 1978 se estimó una población total en edad fértil de 29,649.1 (en miles) entre 15 y 49 años, de aquí que 14,980.3 son hombres y 14,668.8 (en miles) son mujeres quienes corresponden

al 45% del total de la población (65,863.8 habitantes en la República Mexicana en miles);⁽³⁰⁾ b) se restringe el mejoramiento de la calidad de la vida humana, disminuyendo las oportunidades de vivienda, educación, servicios médicos asistenciales, alimentación, etc. Para ejemplificar lo dicho, tomaremos el tema de la educación que se ilustra en la Gráfica Núm. 2.

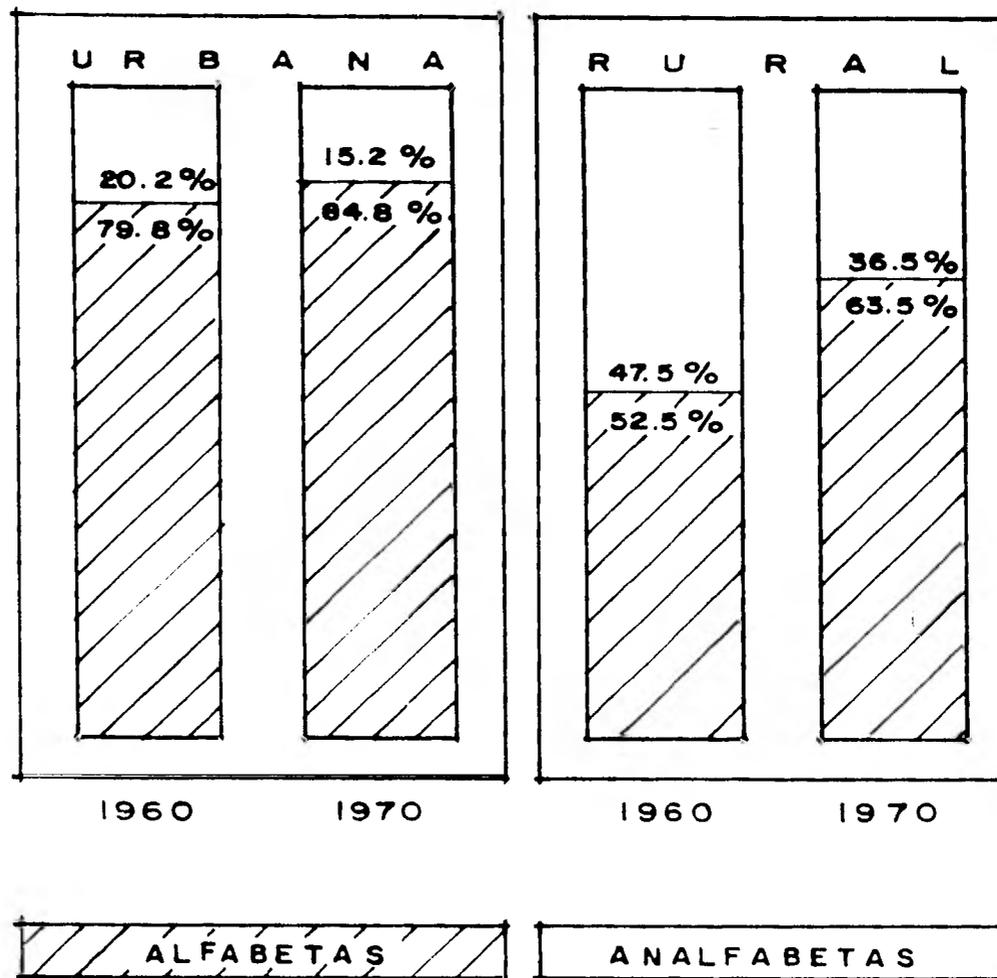
Con esto se puede observar que en el área rural hay un mayor porcentaje de analfabetas que en la urbana; sin embargo, entre una década y otra el alfabetismo ha aumentado para las dos áreas, aunque el analfabetismo no se ha erradicado porque, entre otras cosas, el gobierno no puede crear instituciones públicas al mismo ritmo que crece la población; y c) la demanda de nuevas fuentes de trabajo rebasa la capacidad de crearlas provocando que la población económicamente inactiva se incremente y continúe dependiendo de la activa, como se observa en la Gráfica Núm. 3.

El porcentaje de la población, tanto de la que trabaja como de la que no lo hace, no ha variado significativamente entre 1940 y 1978, de tal manera que se da una relación entre el incremento total de la población

(30) México Demográfico. Op. Cit., p. 65.

GRAFICA NUM. 2

ALFABETISMO DE LA POBLACION DE 10 AÑOS Y MAS
1960-1970



FUENTE: ESTADISTICA BASICA DEL SISTEMA EDUCATIVO NACIONAL 1970-1971 Y 1975-1976. DIRECCION GENERAL DE PLANIFICACION EDUCATIVA, S. E. P. MEXICO DEMOGRAFICO, BREVIARIO 1978.

GRAFICA NUM. 3
POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA
1940 - 1978
(millones de hab.)

I N A C T I V A				
13.8	17.4	23.6	35.3	47.9
70.19%	67.64%	67.55%	73.23%	72.88%
28.81%	32.36%	32.45%	26.77%	27.12%
5.9	8.3	11.3	12.9	17.9
1940	1950	1960	1970	1978
A C T I V A				

Fuente: 1940-1970 Censos Generales de Población.
1978 Proyecciones de la PEA, CENIET, S.T. y P.S., 1977.

y el de la población que no realiza ninguna actividad remunerada. En el cuadro siguiente se puede observar el número total de hombres y mujeres en relación a la población económicamente activa y el porcentaje que este último

representa del total de la población:

CUADRO NUM. 4

POBLACION TOTAL, POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA DE 1940-1978.

Año	Total de Población H + M*	Población Económica Activa**	% de la población activa
1940	19,656.6	5,858.5	29.80
1950	25,719.0	8,345.2	23.36
1960	34,923.1	11,253.3	32.22
1970	50,694.6	12,955.1	25.56
1978	65,863.8	17,869.9	27.13

Fuente: * 1900-1960 Censos Generales de Población, D.G.E., S.I.C. 1970 Población Censal Corregida por sobrenumeración proyectada al 30 de junio. S.P.P., CSNI, D.G.E. '&', 1978 Estimación del Consejo Nacional de Población.

** 1940-1970, VI, VII, VIII y IX Censos Generales de Población, D.G.E., S.T.C. 1978. Proyecciones de PEA, CENIET, S.T. y P.S. 1977, p. 63.

Estas cifras ponen bien claro que menos del 35% de la población trabaja, lo que significa que el desempleo en el 65% restante representa otro grave problema por resolver para la sociedad mexicana.

2.1.5.- Migración rural-urbana.

Hasta el momento, se han enunciado algunos de los problemas que se desencadenan con el acelerado ritmo de crecimiento natural de la población, tales como la restricción de todo tipo de servicios y el desempleo; pero, otro de los problemas que México tiene que solucionar, es el de la migración, que radica en el hecho de que personas residentes de las áreas rurales por falta de medios deciden dejar de trabajar la tierra para emigrar a las zonas urbanizadas, en busca de mejores formas de vida, reduciendo la explotación de los recursos del campo y agravando la situación de las grandes ciudades, porque se tiene más población, más desempleo y más carencia de todo tipo de servicios. Se estima que en el período de 1960-1970 se desplazaron cerca de tres millones de campesinos en áreas urbanas del país, ⁽³¹⁾ principalmente al Valle de México, Guadalajara y Monterrey.

(31) México Demográfico, Op. Cit., p. 39.

2.2.- Planificación Familiar.

2.2.1.- Plan Nacional de Planificación Familiar.

Con estos antecedentes el Estado mexicano decidió "adoptar una política de población con el objeto de influir en su volumen, crecimiento, estructura y distribución, tratando de armonizar los procesos demográficos con los del desarrollo y elevar la calidad de vida de todos los mexicanos".⁽³²⁾

La política de población que regía anteriormente se apoyaba en la Ley General de Población de 1947 que se orientaba principalmente a "continuar la tradición, de aumentar la población, de regular la migración internacional y colonizar los espacios vacíos del territorio nacional".⁽³³⁾ Esta ley dejó de funcionar a principios de 1974, y entró en vigor la que rige actualmente, en ella se manifiesta una política demográfica como parte integrante de la política de desarrollo económico y social dentro de un régimen de libertad y derechos humanos".⁽³⁴⁾

(32) Consejo Nacional de Población. México, 1977, p. 3.

(33) Consejo Nacional de Población. México, 1977, p. 6.

(34) Ibid., p. 6.

Como resultado de la implantación de esta ley, se funda el Consejo Nacional de Población (CONAPO) cuyo objetivo principal es el de "regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de lograr que participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social",⁽³⁵⁾ coordinando así las actividades y programas de planificación familiar en el país, en el que confluyen todas las instituciones estatales y paraestatales para proporcionar servicios de métodos anticonceptivos y orientar acerca de la paternidad responsable a toda la población que así lo requiere.

Al crearse la política demográfica, el gobierno prevee que disminuya el ritmo de crecimiento de la población en lo que resta de este siglo, para que así la tasa de crecimiento del año 2000 resulte semejante a la del año 1900, o sea, alrededor del 1% anual.

Dentro de estas políticas de población, México ha establecido metas de crecimiento al año 1982 y al 2000. Apoyadas con programas de edu-

(35) Ley General de Población, Cap. I, Art. 1º, México, 1974.

cación, comunicación y planificación familiar, es entonces que para 1982 se prevee que la tasa de fecundidad de más de tres se reduzca al 2.5% y al finalizar el siglo XX se cuente con una tasa anual del 1%, lo que significa que México iniciará el siglo XXI con una población de 100 millones, que de continuar como hasta el momento, llegaría a tener 132 millones de habitantes. Con esto "se espera que en 100 años México haya completado su proceso demográfico, conocido con el nombre de transición demográfica, que históricamente ha ocurrido en todos los países desarrollados, y en parte, de los países en desarrollo".⁽³⁶⁾

A partir de 1940 dentro del país se promovió una política de crecimiento en la industria y en la sustitución de importaciones, además de la aplicación de la tecnología sanitaria que han producido resultados favorables para conservación y extensión de la población, y como consecuencia de estos adelantos, las tasas de crecimiento se incrementaron notablemente, de 1.7 en 1930-1940 a 3.5 en 1970-1976,⁽³⁷⁾ sin embargo, a pesar de la alta

(36) CONAPO. México Demográfico. Breviario, 1978. México, p. 7.

(37) Ibid., p. 21.

tasa de crecimiento en investigaciones recientes se ha revelado "una ligera reducción en la tasa de natalidad al pasar de 44 a un poco más de 40 nacimientos por cada 1000 habitantes, lo que determinó que la tasa media anual descendiera a 3.2% en 1976".

2.2.2.- Instituciones que fomentan la planificación familiar en México.

Al estar en vigor la actual política de población, se creó el Consejo Nacional de Población, que se encarga de coordinar e intensificar las actividades de Planificación Familiar para disminuir el ritmo de crecimiento poblacional, interrelacionando los objetivos generales del programa de Planificación Familiar con los de cada institución, dando mayor importancia en sus programas a las comunidades rurales y zonas marginadas, sin olvidarse de las zonas urbanizadas. Las principales instituciones que llevan a la práctica las actividades de planificación familiar para cumplir con las metas gubernamentales en relación con la disminución de la población, son:

el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), la Fundación para Estudio de la Población, A.C. (FEPAC), las Secretarías de: la Reforma Agraria (SRA), de Agricultura y Recursos Hidráulicos (SARH), del Trabajo y Previsión Social (STPS), la de Educación Pública (SEP) además de la Comisión Federal de Electricidad (CFE). En el Cuadro Núm. 5 se puede observar el número de nuevas usuarias que fueron atendidas en dichas instituciones en los años de 1977 y 1978.

2.2.3.- Población en edad fértil.

Como se mencionó al principio de este capítulo en el año de 1978 se estimó una población en edad fértil de 29,649.1 (15 - 49 años) de la cual el 51% son hombres y el 49% son mujeres, quienes representan el 45% del total de la población.

La fecundidad entre 1940 y 1970 ha sufrido un ligero desplazamiento; las tasas de fecundidad de las mujeres de 15 a 25 años han decrecido ligeramente y las de edades superiores a los 30 años se han incrementado.

CUADRO NUM. 5
 PLAN NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR
 CUADRO DE RENDIMIENTO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR, 1977 - 1978
 (en miles)

SECTOR SALUD	USUARIAS NUEVAS	
	1977	1978
IMSS	478.8	539.8
SSA	328.6	430.1
ISSSTE	35.0	86.1
TOTAL SECTOR	842.4	1,056.0
OTROS		
FEPAC	48.6	56.7
FFCC	7.0	3.9
APROSAM	1.4	1.7
CFE	10.6	5.7
SHCP	- **	3.9
DDF	- **	.9*
PEMEX	1.5	1.5
SRIA. DE MARINA	2.4	5.6
SANIDAD MILITAR	- **	7.9
TOTAL OTROS	71.5	87.8
T O T A L	913.9	1,143.8

* El sistema de información de esta institución empezó a proporcionar datos a partir del último trimestre.

** No proporcionaron datos en 1977.

Fuente: Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar. Primera Reunión de Evaluación del Programa Nacional de Planificación Familiar. México, 1979.

Las variaciones implican una menor contribución de nacimiento por parte de las mujeres en edades más jóvenes y una mayor participación de las situadas en los últimos años de su ciclo reproductivo, a continuación se presenta un cuadro de tasas de fecundidad a partir de 1938 hasta 1970.

CUADRO NUM. 6
TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD
1940 - 1970

EDAD	1938-1940	1951-1954	1959-1961	1970
15-19	.1225	.1200	.1048	.0890
20-24	.3176	.3020	.2993	.2788
25-29	.3195	.3135	.3175	.3186
30-34	.2371	.2586	.2693	.2695
35-39	.1557	.1625	.2008	.2014
40-49	.0589	.0637	.0516	.0776

Fuente: CEED, La Población de México: evolución y dilemas. Francisco Alba, 1977.

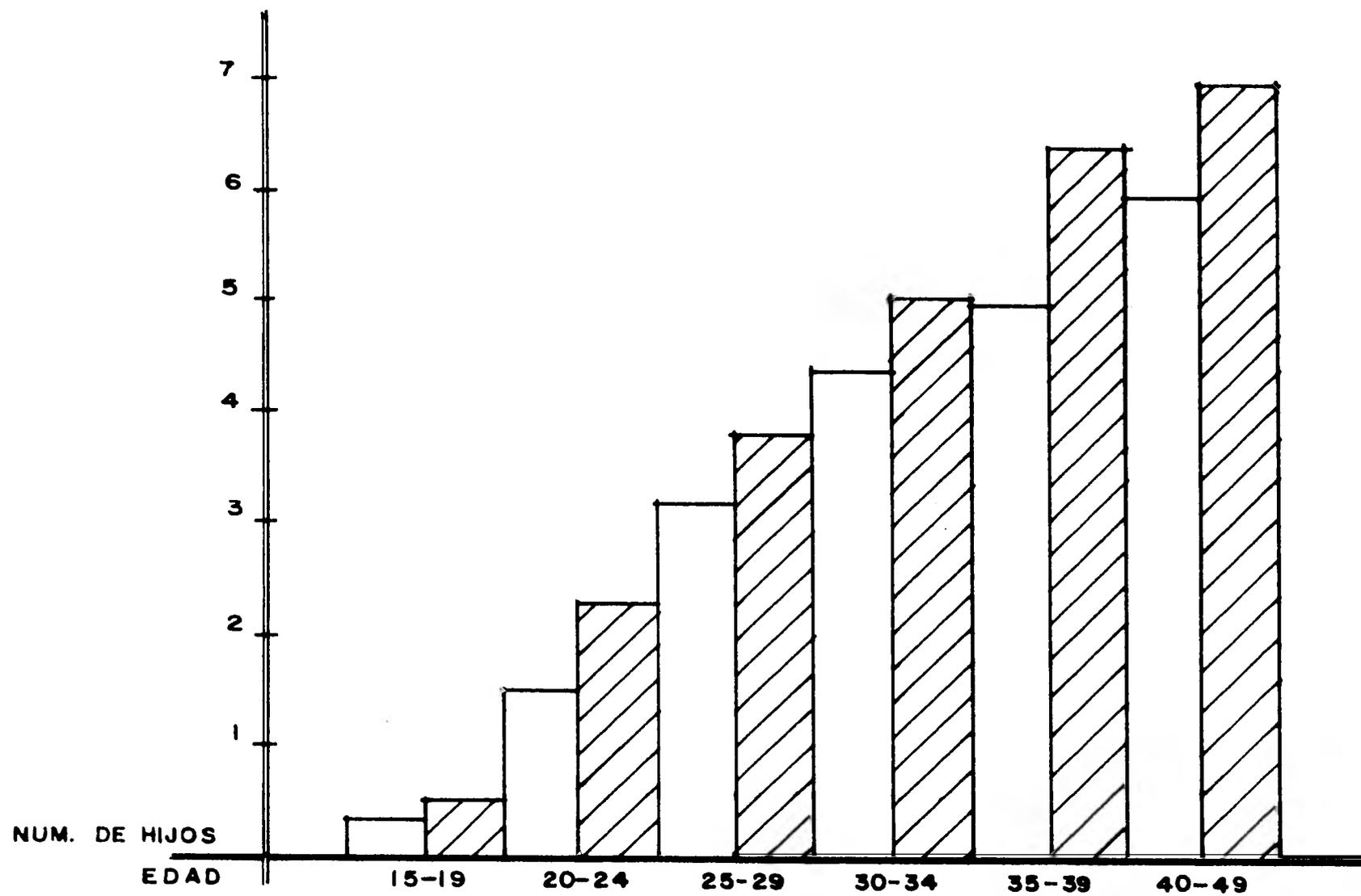
Tasas específicas de fecundidad = número de nacidos vivos según edad de la madre/población total de mujeres en esas edades.

En cuanto a la procreación, en 1970, el total de mujeres mayores de 12 años tenían un promedio de 3.1 hijos nacidos vivos⁽³⁸⁾, y para todos los estratos de edad fértil, las mujeres residentes en el área rural, tienen más hijos vivos, que las residentes en zona urbana. En la Gráfica Núm. 4 se puede ver claramente esta diferencia.

Refiriéndonos ahora al sector económico tenemos que, en 1950, la población económicamente activa fue de 13.6%; en la actualidad es de 19.0% con un promedio de 2.0 hijos, comprobándose además que su función reproductiva la ejercen a edades más avanzadas que las económicas activas; lo cual ratifica la hipótesis de que una mayor participación de la mujer en actividades productivas provoca una reducción de la natalidad y de aquí puede inferirse que se están dando condiciones favorables para la plena incorporación de la mujer en el desarrollo nacional y de aquí también el que en la investigación se considere, como uno de los indicadores y variables depen-

(38) México Demográfico. CONAPO. Breviario, 1975, p. 14.

GRAFICA NUM.4



NUM. DE HIJOS
EDAD

□ MEDIO URBANO
▨ MEDIO RURAL

FUENTE : IX CENSO GENERAL DE POBLACION 1970. D.G.E., S.I.C.
MEXICO DEMOGRAFICO, BREVIARIO 1978. p. 56.

dientes, el tipo de actividad que realiza la usuaria.

2.2.4.- Métodos de control de la fecundidad.

Ahora bien, la anticoncepción ha existido siempre durante la evolución de las diferentes sociedades y sus modalidades tienden a frenar el crecimiento de la población; tenemos, a modo de ejemplo, el caso de las mujeres del Africa primitiva, quienes tomaban brebajes hechos de hierbas y se aplicaban internamente algunas substancias, se sometían además a rituales y se ataban nudos "mágicos". En otros pueblos además de todo lo anterior utilizaban hechizos y amuletos, así como la aplicación de absorbentes, el uso de pesarios vaginales y de substancias pegajosas en los órganos genitales.

En Egipto (900-1100 a.c.) uno de los pueblos más adelantados en la técnica anticonceptiva, en documentos más antiguos se exponen preparaciones anticonceptivas:

a) El Papiro Petri.- Dice que debe usarse una mezcla de excremento de cocodrilo, hierbas, pedazos de tela, cera de abeja, semillas de

mostaza o sal humedecida con aceite, que actuaba como barrera mecánica colocada en la vagina.

b) El Papiro Ebers.- Menciona el primer tapón de hilaza medicado y "talismanes fabricados con entrañas de leona, hígados de gato y hasta dientes de niño, eran una forma de apoyar las oraciones y ofrendas para no concebir.

El primer método espermaticida fue usado por los pueblos islámicos y consistía en unguentos locales a base de pimienta".⁽³⁹⁾

c) El Papiro Belin.- Se usó la fumigación con "mimi" antes del coito, así como una poción tomada después de efectuarse éste.

En la Epoca Grecorromana se mencionan trabajos de carácter técnico que proporcionan información acerca de la contracepción. Siglos más tarde uno de los personajes más destacados por sus obras sobre este tema fue Sorano (siglo II, d.c.) quien sostuvo que el útero, durante la menstruación, es incapaz de recibir y retener al esperma y que el mejor tiempo para

(39) Los Anticonceptivos. Seguro Social, IMSS, 1974.

la fecundidad es cuando termina el ciclo menstrual, mencionando además un período de esterilidad durante este ciclo.

Otro personaje destacado fue Tertuliano (cartaginés) quien decía que era una bendición las catástrofes, pestes, temblores, guerras, enfermedades, etc. ya que servían como medio de control para no incrementar la población.

Con este mismo fin, a los toltecas se les prohibía tener relaciones sexuales, tanto a hombres como a mujeres, durante los primeros 23 años, castigando brutalmente a quienes desobedecían.

Entre el pueblo chino aparecen textos con fórmulas anticonceptivas y en el Archipiélago Malayo se encontraron los primeros datos de la realización de una operación sobre esterilización, en la que se extirpaban los ovarios como medida anticonceptiva.

En otros pueblos se practicaba: "coitus interruptus", la evacuación postcoitiva, la cirugía esterilizante, los supositorios y la ingestión de pócimas a base de raíces.

Para la Europa Medieval el desarrollo de la anticoncepción su-

frió un receso debido a que la Iglesia manejaba una política contraria al control natal, excomulgando a cualquiera que vendiera o proporcionara venenos o hierbas para abortar; sin embargo, se mencionan algunos progresos basados en los conocimientos médicos como es el caso del libro llamado "Canon de Medicina" escrito por Avicena (siglo XI) que sirvió de texto principal hasta el siglo XVII y el "Libro de Almanzor" en el que se registraron las propiedades anticonceptivas de algunas plantas que evitan el embarazo y producen el aborto.

Asimismo otros autores nos mencionan medicinas que aminoran la leche y el coito, plantas que apartan de la libido, pociones, amuletos y espermaticidas a base de semillas de repollo además de una abundante información sobre anafrodisíacos y esterilización.

En la Epoca Moderna se continúan usando las mismas formas de anticoncepción con la diferencia de que se empezó a concientizar a las personas de las miserias por las que pasa la familia numerosa ofreciéndoles soluciones anticonceptivas.

Es hasta la Epoca Contemporánea, en la década de los años de

1950 a 1960 en que se desarrolla la metodología anticonceptiva, y se crean instituciones dedicadas a proporcionar información sobre el uso de métodos para evitar embarazos.

Una de las primeras clínicas para proporcionar estos servicios fue creada por la enfermera norteamericana Margaret Sanger en 1912, en la cual se da la información útil para limitar el número de miembros de la familia; esta clínica fue allanada y clausurada porque el estado consideraba que atentaba contra la moral de la sociedad.

2.2.4.1.- Métodos temporales contraceptivos.

METODOS ACTUALES: Los métodos anticonceptivos más conocidos en la actualidad son:

"1) Los Hormonales:

a) las pastillas o píldoras y

b) las inyecciones.

Este tipo evita la ovulación e impide la maduración del óvulo y por lo tanto no es posible la fecundación; tiene una eficacia del 98 al 100%.

2) Mecánicos:

- a) Preservativo,
- b) Diafragma y
- c) Dispositivo Intrauterino.

Estos actúan como barreras evitando que el espermatozoide llegue al óvulo. La efectividad del Preservativo varía de 45 a 55%, la del Diafragma es 80% y la del Dispositivo Intrauterino varía de 98 a 99%.

3) Químicos:

- a) Espumas
- b) Jaleas
- c) Cremas y
- d) Ovulos

Contienen sustancias que destruyen al espermatozoide (espermatocidas), tienen una efectividad de un 80%.

4) Coitus Interruptus o "retirada".

Su eficacia es un 40-45% y consiste en interrumpir la relación sexual antes de la eyaculación.

5) Ritmo.

Su efectividad es de 50 a 60%, se basa en evitar las relaciones sexuales los días que la mujer puede resultar embarazada". (40)

2.2.4.2.- Métodos definitivos de control natal.

Hasta este momento se han presentado únicamente los métodos temporales de control natal que se usan cuando la pareja desea planear el nacimiento de sus hijos y cuando ellos coinciden mutuamente que cuentan ya con el número ideal de hijos. Existe además el método definitivo de control natal que es el quirúrgico, practicable tanto en hombres como en mujeres, en el caso del hombre recibe el nombre de deferentoclasia o vasectomía y en la mujer se le llama salpingoclasia o ligadura de trompas, en ambos casos tiene una efectividad de 100% cuando la operación fue bien llevada. Puesto que el objetivo de nuestro estudio es tener un primer acercamiento para conocer la actitud de la mujer hacia la Esterilización Voluntaria, dedicamos el siguiente capítulo a exponer algunos aspectos médicos y psicosociales de la esterilización quirúrgica.

(40) Folleto. Juntos Solucionamos el Problema. FEPAC.

"Desde la abstinencia hasta el uso de los métodos anticonceptivos eficaces, debe ser un tema ampliamente discutido frente a quienes están ya biológicamente capacitados para reproducirse, aunque no siempre maduros para ser responsables".

Dr. Benjamin Viel.

CAPITULO III. ESTERILIZACION VOLUNTARIA.

La anticoncepción, la esterilización y el aborto inducido son los únicos tres métodos reguladores que puede utilizar el ser humano durante los años de su potencialidad reproductiva -los dos primeros antes de la concepción y el último posterior a ella-. Existen en el individuo estados claramente definidos que están en relación con la etapa evolutiva del ser humano:

"1) El primero ocurre durante los años inmediatamente posteriores a la pubertad cuando existe capacidad orgánica para efectuar las relaciones sexuales, pero no para la paternidad responsable y al mismo tiempo existen muchos factores sociales, económicos y psicológicos que impiden a la persona iniciar una familia a pesar de que las características fisiológicas necesarias para ello están presentes. Durante estos primeros años dos tipos de conductas pueden ser adoptadas: a) la abstinencia, pero esto disminuye en el mundo actual y b) el uso de métodos anticonceptivos que no limitan la capacidad reproductiva futura.

2) Existe más madurez, y surge la necesidad de en una forma planeada y eficaz, espaciar el nacimiento de los hijos con el uso de los mé todos contraceptivos previamente descritos.

3) En esta etapa y por razones importantes de salud, de diferencia de edades entre padres e hijos, de la consideración de que su familia está completa ó de otros factores que hacen conveniente NO tener más hi jos". (41) Es necesario contar con el recurso de un método definitivo de control natal para cuando una pareja decide terminar definitivamente su pro creación, por lo tanto el programa de Esterilización Voluntaria centra su atención en esta época del ser humano.

El aborto es en sí un tema de investigación, mucho se ha dicho de él en los últimos tiempos, al proponerse por la coalición de izquierda, su legislación; creemos que el Estado necesita tomar alguna medida pues no es posible seguir pasando por alto este problema nacional...

(41) Tamayo, Fernando. Planning and implementation of voluntary sterilization service. Advances in voluntary sterilization, second international conference. Génova, Switzerland, 1973. Ed. Excerpta medica, Amsterdam, 1974.

El aborto inducido se practica por la mujer embarazada que sufre de impedimento físico, mental o genético permanente; en los casos en que la mujer no está en posibilidades de continuar con el embarazo, estas causas pueden ser de origen económico, social o psicológico o médico.

3.1.- Antecedentes.

Las técnicas de esterilización masculina y femenina fueron inicialmente ejecutadas a fines del siglo XIX, pero se introdujeron ampliamente como métodos anticonceptivos hasta la tercera década del presente siglo; se le conoció con mayor amplitud hasta los años que cubren la década de 1950 a 1960 y se acepta, se solicita y se efectúa en casi todos los países a partir del inicio de la década recién concluida.

"La esterilización, en su sentido más amplio; se refiere a todas las operaciones realizadas tanto en un hombre como en una mujer para impedir fisiológicamente su participación en la concepción".⁽⁴²⁾ La esterili

(42) Presser, Harriet B. La Esterilización y el descenso de la fecundidad en Puerto Rico. Instituto de Estudios Internacionales. Universidad de California, 1973, p. 5.

zación puede ser: a) OBLIGATORIA, cuando se lleva a efecto por prescripciones médicas o por sanciones y b) la VOLUNTARIA, cuando la pareja decide no tener más hijos sometiéndose, cualquiera de los dos, a la operación. Este último tipo de esterilización es el objeto del presente estudio, por lo tanto profundizaremos más en este aspecto.

Cuando la esterilización se introduce por primera vez en un país, por regla general, se hace accesible a hombres y mujeres que tienen indicaciones médicas o eugenésicas para evitar nuevos embarazos, pero sus limitaciones son la edad y/o la paridad, y se requiere la petición de los interesados; y se lleva a cabo siempre y cuando el médico esté convencido de que el pedido se basa en información adecuada y que los solicitantes conocen las otras alternativas anticonceptivas temporales.

La esterilización puede efectuarse en hombres y recibe el nombre de deferentoclasia, más conocida como vasectomía; en las mujeres se llama salpingoclasia, conocida comunmente como "ligadura de trompas".

3.1.1.- Esterilización masculina o deferentoclasia.

Los primeros médicos que la efectuaron en humanos fueron R. Harrison de Inglaterra y H.G. Lennandes de Suecia aproximadamente en 1849.

A principios del siglo XX este método fue usado como una supuesta cura para la masturbación, también por razones eugenésicas efectuándola en criminales, retardados y enfermos mentales o en personas con enfermedades hereditarias. Durante 1940 y 1950 se conoció como un método nazi de esterilización obligatoria para limitar la reproducción de los grupos "indeseables", lo cual dio origen al uso del concepto negativo de la esterilización.

En Estados Unidos de Norteamérica y en Europa llegó a ser usada más ampliamente a fines de 1960, cuando se publicaron aspectos negativos en contra de los anticonceptivos orales, esto coincidió con las campañas feministas que solicitaban una mayor responsabilidad del hombre, para que participara activamente en programas de planificación familiar.

3.1.2.- Esterilización femenina o salpingoclasia.

Fue efectuada por J. Blundell en Londres en 1923 aunque el procedimiento de este método ya estaba disponible, a principios del siglo XX, se extendió hasta la tercera década, cuando se introdujo la técnica Pomeroy* para oclusión tubaria.

Mientras la técnica de la oclusión tubárica no estaba perfeccionada, comunmente se efectuaba la histerectomía o extirpación del útero, como medida anticonceptiva, la que se abandonó porque representaba alto riesgo para la salud.

3.2.- Aspectos Médicos.

3.2.1.- Esterilización masculina, deferentoclasia o vasectomía.

Es una operación común y simple, que se hace bajo anestesia lo-

* Técnica de Pomeroy, es la más común, existe la posibilidad de recanalización de la trompa, consiste en atar 2 porciones de la trompa dejando por lo menos 5mm., se corta y se asegura que los extremos queden separados después de la disolución de la sutura.

cal, efectuándose en el hospital, o en la clínica y hasta en el consultorio del médico ya que requiere de aproximadamente 20 minutos. Consiste en un sencillo corte en el conducto deferente impidiendo en ello que el espermatozoide se mezcle con el semen y posteriormente al ser depositado en la vagina, se una con el óvulo.

En lo que se refiere al funcionamiento de los órganos genitales, no se tienen datos hasta el momento, de que se hayan presentado trastornos fisiológicos ya que las glándulas continúan produciendo el semen, con la diferencia de que ya no contiene espermatozoides y como resultado de esto se abandona el miedo del embarazo accidental, que en la mayoría de los casos es no deseado. En cuanto a las células espermáticas después de la intervención quirúrgica, éstas son reabsorbidas y eliminadas dentro del organismo por medio de procesos naturales.

En esta operación, se presenta morbilidad baja y con anestesia local no existe posibilidad de mortalidad.

Complicaciones y Efectos Colaterales

Cuando el efecto de la anestesia desaparece puede sentirse dolor en el lugar de la operación, en estos casos se recomiendan analgésicos; pero si continua el dolor y está bien definido, o bien se da una sensación de tirantez en los testículos, se recomienda volver a la clínica para consejo postoperatorio, ya que el dolor más fuerte puede ser signo de hematoma o infección.

Después de la operación puede observarse "infiltración" de la piel del escroto que a veces se extiende a la región abdominal inferior a los muslos, esto no precisa de un tratamiento especial ya que a veces desaparece en semanas.

Las complicaciones comunes a corto plazo que requieren tratamiento activo son: sangrado postoperatorio y/o infección, otra complicación que puede surgir es la formación de granuloma alrededor de la sutura.

Cierto tiempo después de la operación puede presentarse una infección secundaria, puede ocurrir orquitis y a veces está asociada a histo-

ria previa de prostatitis, de enfermedad venérea, o también puede formarse una fístula del conducto en la superficie que permite la salida del semen.

3.2.2.- Esterilización femenina, salpingoclasia o ligadura de trompas.

Esta operación presenta más riesgo y complicación que la vasectomía. Anteriormente involucraba todos los riesgos de la cirugía abdominal y se requería de varias semanas de hospitalización y convalecencia.

En términos generales la fecundación se realiza debido a que los ovarios liberan óvulos que se trasladan por las trompas de Falopio para ser fecundados por el espermatozoide y alojarse en el útero; la intervención quirúrgica consiste en cortar y ligar las trompas para obstruir el paso del óvulo, evitando embarazos no deseados. En dicha operación, los ovarios y el útero no son tocados, así que, continúan presentándose normalmente las funciones fisiológicas tales como la menstruación y la ovulación. Al igual que como los espermatozoides son absorbidos -en la vasectomía- por el organismo a través de la sangre, los óvulos también sufren ese proceso.

Las principales técnicas operatorias usadas más comunmente para la esterilización femenina son:

1) El acceso a las trompas de falopio por vía abdominal. Puede realizarse de tres formas:

a) Laparatomía.- Es el primer método femenino que se adoptó extensamente y consiste en efectuar una incisión en el abdomen lo bastante grande (6 cm.) como para permitir la manipulación de los conductos; es un procedimiento fácil de realizar. Sin embargo, requiere hospitalización de tres a cinco días y se emplea anestesia general o raquídea.

Esta técnica actualmente se está usando después del parto, requiriéndose una incisión más pequeña; también se usa en el momento del aborto.

b) Minilaparatomía.- Pequeña incisión en la pared abdominal suprapúbica transversal de 2.5 cm. y tracción del útero a través de un levantador uterino inserto por vía

vaginal. Esta operación se efectúa bajo anestesia local con analgesia basal, pudiendo regresar el mismo día a su casa. Esta técnica es relativamente nueva.

- c) Laparoscopia.- A través de una pequeña incisión abdominal se introduce un aparato endoscópico que permite ver y manipular instrumentalmente los conductos uterinos. Esta técnica goza actualmente de gran popularidad en algunos países, sus beneficios son muy atractivos desde el punto de vista económico y técnico. Este procedimiento puede efectuarse en cualquier momento aunque existe poca aceptación cuando se efectúa Postparto.

Las contraindicaciones relativas incluyen: obesidad exce siva y cirujía múltiple previa, es aconsejable usar anes tesia general.

2) El acceso a la trompa de falopio por vía vaginal también puede adquirir tres modalidades:

- a) Colpotomía.- Que permite una visión directa sobre los

conductos uterinos, tiene dos vías de acceso: la anterior y la posterior que es la más fácil, rápida y segura. Este procedimiento no puede hacerse posparto o después del aborto (los conductos están demasiado altos para poderlos ver desde la vagina) puede efectuarse bajo anestesia local pero de preferencia se emplea anestesia raquídea, permaneciendo en el hospital de uno a dos días y evitando el contacto sexual durante cuatro semanas. El costo es más alto que el de los procedimientos anteriores (Laparatomía y Minilaparatomía) y menos que los posteriores.

- b) Culdoscopia.- Manipulación de la trompa de falopio a través de un equipo endoscópico, históricamente fue el primer método de esterilización endoscópica que se aceptó, pero es poco utilizado en programas de esterilización en general, debido a una mayor aceptación por parte de la mujer por la Colpotomía o Laparoscopia, ya que és-

ta (culdoscopia) tiene una tasa de infección relativamente alta (5%).

- c) Histeroscopia.- Técnica aún en experimentación que permite llegar a las trompas de falopio a través del cuello y cavidad uterina. Se realizan estudios para encontrar un producto químico que permita bloquear el conducto uterino.

Con cada método se ocluye diferentes partes del conducto y en largos diversos, el más simple es la técnica de Pomeroy (en la que se corta un trozo corto del conducto después de ligar un asa del mismo). En el caso de técnicas endoscópicas los únicos métodos posibles son la electrocoagulación o la aplicación de clips o anillos.

Se tienen datos de que actualmente se están realizando experimentos para ocluir las trompas con sustancias químicas que están aún en PRUEBA; también se ha tratado de envolver los ovarios con el ligamento ancho (OVARIPLEXIA) o haciendo uso de una membrana artificial, de modo que la fecundidad puede ser restablecida al dejar libres los ovarios, si es que se

solicita la reanastomosis.

Se dice frecuentemente que tanto la vasectomía como la salpingoclasia, son reversibles, (reanastomosis) lo que requiere de unir nuevamente los conductos obstruidos. Sin embargo, desde el punto de vista práctico, deben considerarse como métodos permanentes e irreversibles.

Un estudio de la literatura médica llevado a cabo por la Federación Internacional de Planificación de la Familia revela que del 60 al 80 por ciento de las veces es posible revertir quirúrgicamente la esterilización practicada en hombres y mujeres. Los resultados dependen de la cantidad de tejido destruido al practicarse la esterilización. Se ha encontrado que por lo general, las mujeres que solicitan la restauración de su fecundidad tienen menos de 30 años, se divorciaron después de haber sido esterilizadas y al volverse a casar desean tener más hijos con su nuevo compañero o como el caso de un matrimonio colombiano, que perdió a sus dos hijos en diferentes accidentes. Esta fue la única solicitud para recanalización recibida de más de 2000 operaciones realizadas en ese país.

Ambos métodos tienen una efectividad de un 100% pero, no debemos pasar por alto que existe el riesgo de fracaso en las dos operaciones,

ya que no puede descartarse la posibilidad de un error quirúrgico por no seccionar u ocluir debidamente las trompas o los conductos deferentes durante la intervención, estas fallas médicas son una de cada 8000, si las técnicas de operación son realizadas por médicos expertos. En hospitales donde son los estudiantes quienes practican la operación de esterilización, la falla es de una por cada cien operaciones. Es preferible que la operación en mujeres se efectúe después del parto, ya que es cuando ellas están psicológicamente más dispuestas.

3.2.3.- Indicaciones médicas para efectuar la esterilización voluntaria.

Las actitudes médicas respecto a la esterilización voluntaria varían: para unos médicos se justifica practicarla cuando hay fuertes contra indicaciones médicas o médicosociales; para otros basta el simple pedido del solicitante para llevar a cabo la intervención.

El Medical Advisory Committee of the Human Betterment Association Voluntary Sterilization ha sugerido que la intervención quirúrgica en

hombres y mujeres debe efectuarse en los siguientes casos:

a) Alteraciones presentes o futuras de carácter hereditario en cualquiera de los cónyuges que ya hayan afectado embarazos anteriores, sea que se haya provocado la muerte en muchas ocasiones repetidas, sea que se puedan producir enfermedades graves que produzcan impedimentos físicos o mentales en los productos.

b) Alteraciones por embarazos repetidos que en la mayoría de los casos representan un grave problema para la salud materna; por ejemplo: enfermedades vasculares, hipertensión crónica, alteraciones cardíacas avanzadas, varices internas.

c) Defectos físicos, mentales o emocionales, que pueden alterar las funciones paternas o maternas adecuadas en forma sola o combinada y que hagan que el médico decida que la paternidad en cualquier época futura entraña riesgos notables.

d) Multiparidad hasta el grado de ser nociva para la salud y el bienestar de la madre.

Para el caso exclusivo de la esterilización voluntaria femenina

el American College of Obstetricians and Gynecologists dicta las siguientes normas:

1) Médicas. - La Esterilización se indica para el caso de la mujer que tiene desorden médico tan crónico que un futuro embarazo puede poner en peligro su vida o salud. (Enfermedades renales, cardíacas, diabetes, tuberculosis y desórdenes neurológicos).

2) Quirúrgicas y Ginecológicas. - Se indica la Esterilización cuando existen lesiones quirúrgicas en otras partes del cuerpo o han existido de manera que un futuro embarazo pondría en peligro la salud.

3) Obstétricas. - La Esterilización es permitida cuando:

- a) Al hacer la segunda cesárea le pidan por escrito a la paciente; su marido, sus padres, etc.
- b) Para mujeres con grupo sanguíneo "RH" sensitivo que han dado a luz uno o más niños gravemente afectados que nacen muertos.
- c) Mujeres diabéticas que han dado a luz repetidamente hijos muertos.

d) Mujeres que dan nacimientos a infantes con anormalidades congénitas que son irremediables o incompatibles con la vida.

4) Psiquiátricas.- La Esterilización es permitida en casos de psicosis existentes o en desórdenes emocionales.

5) Voluntarias.- Permitida para cualquier mujer de 25 años que tiene cinco hijos vivos, de 30 años con cuatro hijos vivos, de 35 años con tres hijos vivos.

3.2.4.- Aspectos éticos y legales.

La irreversibilidad de estos métodos deposita gran responsabilidad ética y legal de los asesores y operadores de la esterilización.

El Comité Médico Central y el Grupo de Expertos en Leyes y Planificación Familiar de la IPPF sobre los aspectos legales de la esterilización, incluyen los siguientes principios:

"a) Libertad de elección de la persona para controlar su fecundidad...

b) Donde no hay ley que prohíba la esterilización voluntaria, ello significa que se permite legalmente.

c) Cuando la persona que se esteriliza ha dado su consentimiento formal, el médico y las autoridades administrativas no son responsables ante el otro cónyuge, aun cuando éste no haya dado su consentimiento..."⁽⁴³⁾

Es importante que una vez que se dio la información adecuada la persona dé su consentimiento después de haber meditado bien la información y tener la seguridad de que lo dá sin presión de ninguna especie, que es adulta y competente legal y socialmente en dar su consentimiento para la operación.

3.3.- Situación de la esterilización voluntaria en el mundo.

En la mayoría de los países, la esterilización voluntaria es practicada como un método definitivo de control para disminuir las tasas de crecimiento poblacional, en algunos países se recibe apoyo del gobierno, y

(43) Esterilización Masculina y Femenina. Federación Internacional de Planificación Familiar. 2da. Edición, 1975, p. 10.

forma parte del programa de planificación familiar; en otros países, si bien no está integrada a programas de planificación familiar, tampoco existe una ley que la prohíba y como no está especificada claramente en las leyes penales o de población, se puede efectuar, sin temor a la represión gubernamental; es en pocos países en los que la esterilización voluntaria no es permitida ni aún en casos de salud cuando peligra la madre y su producto.

En el Cuadro Núm. 7 se puede observar más claramente la situación de la esterilización voluntaria en el mundo.

3.3.1.- Continentes Europeo, Asiático y Africano.

Al analizar el Cuadro Núm. 7, relativo a la preferencia por sexos para optar por este método, tenemos que: en 55 países pueden efectuarse de igual forma la vasectomía o la salpingoclasia, en 18 se prefiere usar la esterilización femenina, (o salpingoclasia) ya que la otra en algunos países es totalmente ilegal y únicamente en cinco países la esterilización masculina es la que se fomenta principalmente. Creemos que la salpingoclasia es la más frecuentemente usada, ya que la mujer presenta menos resisten

CUADRO NUM. 7

SITUACION DE LA ESTERILIZACION VOLUNTARIA Y TIPO DE ESTERILIZACION		OFICIALMENTE PERMITIDA INTEGRADA A PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR CON LEGISLACION	NO PERMITIDA		PERMITIDA SIN LEGISLACION	TOTAL DE PAISES		
			SOLO POR RAZONES DE SALUD	ILEGAL				
CONTINENTES EUROPEO, ASIATICO Y AFRICANO	EUROPA	♀ 21	DIN. ING. SUE. FIN. ISL.	CHEC. URSS YUG. NOR.	AUS. GRE. ITA. POR. ESP.	BEL. FRA. SUI. POL. BUL. LUX. RUM.	26	
		♂ 1				IRL		
		♀ 4	RFA. INDO.	HUN.		HOL.		
	ASIA	♀ 14	TAI. MAL. SRI-LANKA. FIL. COR. INDO. SING. PAQ. IRAN	TURQUIA			LIB. TAIWAN JORD. JAP.	18
		♂ 3	IND. BANGLADESH				NEPAL	
		♀ 1	CHINA					
	AFRICA	♀ 1	SUDAFRICA					8
		♂ —						
		♀ 7		AFRICA			SENEGAL SUDAN NIGERIA EGIP. TUNEZ KENIA	
	OCEANIA	♀ 2					AUSTRALIA NVA. ZELANDA	4
		♂ —						
		♀ 2	SAMOA OCC.				FIJI	
	CONTINENTE AMERICANO	NORTE	♀ 3	USA CANADA			MEXICO	3
			♂ —					
♀ —								
CENTRO		♀ 8	SALV. PAN. P. RICO				HAITI C. RICA T. TOBAGO REP. DOM. NIC.	11
		♂ —						
SUR		♀ 3	CUBA GUAT. JAMAICA					8
		♀ 6	COLOMB.		ARG. PAR. PER. URUG. BRA.			
	♂ 1					VEN.		
	♀ 1		CHILE					
TOTAL DE PAISES			30	8	10	30	78	

cia a la operación que el hombre, quien por patrones culturales establecidos lo asocia con impotencia sexual y castración, es claro observar estos prejuicios como resultado de la falta de información adecuada sobre, educación sexual desde la niñez y metodología anticonceptiva, a partir de la adolescencia. En cuanto a la legislación, en 30 países el uso de este método es permitido, además de estar integrado a programas de planificación familiar. En otros países está permitida aunque no existe todavía una ley a favor o en contra del uso de la esterilización. Son 18 en total los países que la prohíben, pero de estos son ocho los que sólo en casos excepcionales, como problemas de salud, permiten que la operación, principalmente la salpingoclasia, se lleve a cabo y en muy raras ocasiones la deferentoclasia. Según los datos obtenidos, se encontró que en otros países tales como Yugoslavia, se están dando condiciones favorables para adoptar este método como contraceptivo.

Es tanta la preocupación de los gobiernos por frenar el crecimiento poblacional que ha permitido a la esterilización voluntaria -en ambos sexos- ocupar uno de los papeles principales en relación a los demás mé

todos temporales contraceptivos como es el caso de la India, uno de los primeros países en introducirla como control natal, principalmente la vasectomía. Estos servicios fueron descontinuados debido a la disminución de los fondos dedicados a planeación familiar, pero posteriormente el gobierno intensificó un programa basado en un sistema poderoso de sanciones incluyendo la negación de ciertos privilegios como la obtención de tarjetas de estacionamiento, de tarjetas de crédito para almacenes y hasta la licencia para el automóvil si no se presentaba el certificado de esterilización. Hasta la fecha el gobierno brinda compensaciones monetarias a los padres que se esterilizan voluntariamente. Otro gobierno que apoya vigorosamente la esterilización voluntaria como parte de un programa nacional de planificación familiar es el de Singapur, que usa tanto los incentivos para estimular su uso como sanciones para prevenir familias numerosas.

Los resultados obtenidos en investigaciones japonesas, indican que la esterilización voluntaria fue de mayor popularidad entre las mujeres del área rural (cuya edad fue de 40-44 años y con escolaridad de primaria), que entre las mujeres residentes de las principales ciudades (de 20 a 24

años de edad graduadas en la universidad).

La esterilización voluntaria sufre pérdida de aceptantes como resultado de conflictos internacionales, por ejemplo, entre Paquistán Oriental y Paquistán Occidental, en donde durante 1971 el programa de planificación familiar se desorganizó completamente, perdiendo aceptantes. Pero a pesar de los conflictos que se presentan entre países, la esterilización voluntaria adquiere cada día más usuarias.

El gobierno de Malasia fomenta la vasectomía aunque no es practicada ampliamente, en algunos de sus estados productores de caucho opera un servicio móvil de vasectomía.

Como se ha dicho, la esterilización voluntaria, cada día tiene mayor aceptación entre las parejas que desean NO tener más hijos, disminuyendo el uso de los métodos temporales.

CUADRO NUM. 8

NUMERO ESTIMADO DE PAREJAS QUE REGULAN SU FECUNDIDAD EN TODO EL MUNDO
POR METODO. 1970 - 1977

Método	1970 (millones)	1977 (millones)
Esterilización Voluntaria	20	80
Anticonceptivos Orales	30	55
Condón	25	35
Dispositivo Intrauterino	12	15
Otros métodos	60	65
T O T A L	147	250
Aborto (incidencia anual)	40	40

Fuente: Population Reports, Tópicos Especiales. Núm. 2, 1978, p. 1.

Se observa claramente, en base a estos datos que durante 1970 la esterilización voluntaria ocupó el cuarto lugar de preferencia entre las usuarias de planificación familiar, en menos de una década pasó a ocupar el primer lugar de aceptación, correspondiendo el segundo sitio al empleo de

los anticonceptivos orales.

3.3.2.- Continente Americano.

El continente americano tiene como una de sus características más relevantes el estar integrado principalmente por países en vías de desarrollo, con fuertes problemas entre otros de altas tasas de natalidad, baja mortalidad y escasez de fuentes de trabajo. Estas condiciones han sido favorables para implementar programas de Planificación Familiar que tratan de apoyar para lograr un mejor nivel de vida, dichos factores asociados con la participación de la mujer en las actividades productivas del país, han influido para que el programa de esterilización voluntaria adquiriera cada vez más popularidad entre los países en vías de desarrollo. En el caso de Colombia se observó que al implementar el programa de esterilización voluntaria durante su primer año hubo pocos casos y el procedimiento era ampliamente desconocido; pero, debido a una fuerte reacción por parte de la iglesia colombiana se presentó una controversia que dió gran publicidad al sistema,

brindando una oportunidad a los líderes de "Profamilia" para explicar el sistema a través del radio, prensa y televisión. Como resultado de esto se obtuvo una muy buena publicidad para la vasectomía con un descomunal incremento en su solicitud.

Otra causa de este incremento, consistió en la excesiva demora en los hospitales para salpingoclasias, debido a la insuficiencia de los servicios lo que se tradujo en que las esposas convencieron a sus esposos para vasectomisarse, y consecuentemente se produjo un descomunal número de solicitudes.

En Puerto Rico, las mujeres optaron por el método definitivo de control para asistir así una sola vez a la iglesia a confesarse y no cada vez que usaban los otros métodos contraceptivos; generalmente se aprovechó el ingreso al hospital por parto lo que era visto normalmente y nadie se enteraría si se sometía o no a la operación para no volver a embarazarse, dejando el temor de ser criticadas.

En la República Dominicana, hay informes de grupos de mujeres que reúnen dinero entre ellas para que una sea favorecida y pueda pagar una

operación de esterilización.

Dado que es un procedimiento nuevo dentro de la cultura latinoamericana y buscando evitar una reacción negativa posible, se tienen los siguientes standares para quienes solicitan ser operados: edad mínima de 35 años, tres o más niños de ambos sexos y un mínimo de nivel educativo el cual pudiera permitir las explicaciones del procedimiento.

3.3.2.1.- En México.

Como se mencionó en el capítulo anterior, la Ley General de Población se apoya en el artículo 4o. de la Constitución Política de México, en donde se expresa que "Toda persona tiene el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos"⁽⁴⁴⁾ con el fin de contribuir a la regulación de los fenómenos que afectan a la población, así que la esterilización voluntaria es parte también de este programa de planificación familiar y la única referencia que se hace de este método dentro de la Ley General de Población es que:

(44) Artículo 4o. Constitucional, Ley General de Población. Reglamento de la Ley General de Población, Cap. I, II, III. CONAPO, 1976, p. 1

"Queda prohibido obligar a las personas a utilizar contra su voluntad, métodos de regulación de la fecundidad. Cuando las personas opten por el empleo de algún método anticonceptivo con efectos irreversibles, las instituciones o dependencias que pres-ten el servicio, recabaran previamente su consentimiento por escrito". (45)

Sin embargo, en el Código Penal para el Distrito y Territorios Federales, no hay ninguna referencia de la esterilización ni masculina ni femenina, pero es ilegal si se lleva a cabo sin el consentimiento del interesado ya sea por violencia física o moral, o por engaño. Puede ser efectuada legalmente por cualquier cirujano en ejercicio de su profesión.

Al parecer una de las bases para establecer la legalidad de la esterilización se encuentra en el Artículo 24 del Código Civil para el Distrito y Territorio Federal precepto que otorga a los mayores de edad, la facultad de disponer libremente de su persona y de sus bienes salvo que se lesione a terceros o que el acto en sí, se encuentre prohibido por algún otro ordenamiento. Debido a que no se prohíbe este tipo de medidas quirúrgicas,

(45) Idem, p. 13.

debe suponerse que únicamente pueden aplicarse al caso, aquellas leyes y reglamentos que se refieran a la cirugía en general.

Para efectuarse la esterilización se requiere el permiso del paciente, o del padre o tutor si es menor de edad, en caso de ser casado, el médico sólo podrá protegerse legalmente para realizar esta operación obte- niendo en forma escrita la aprobación previa de ambas partes.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia prohíbe cualquier tipo de publicidad, fuera de los programas oficiales de Planificación Familiar, en favor de la esterilización.

En México, la deferentoclasia y la salpingoclasia puede efec- tuarse en hospitales del sector público y del privado en donde se dispone de personal especializado para practicarse.

Según las cifras de la Encuesta Nacional de Prevalencia en el uso de Métodos Anticonceptivos, para el año de 1978 en México, la esterili- zación voluntaria ocupa el segundo lugar de importancia posterior a la pí- lora y anterior al dispositivo intrauterino.

El conocimiento que las mujeres en edad fértil tienen de los mé todos señala las siguientes cifras:

CUADRO NUM. 9
 PORCENTAJE DE MUJERES QUE CONOCEN Y USAN DIFERENTES METODOS
 ANTICONCEPTIVOS EN NUESTRO PAIS

Métodos	Conocen* %	Usan ** %
Píldora	87.9	35.4
Ligadura	68.5	17.8
Vasectomía	30.0	0.3
Dispositivo Intrauterino	69.6	16.1
Inyecciones	69.9	7.0
Retiro	23.4	7.1
Ritmo	37.8	7.0
Aborto Provocado	56.9	0.2
Preservativo	28.5	2.8
Métodos Locales	40.6	3.6
Otros	9.0	2.7

* Muestra de 4492.

** Muestra de 1178.

Fuente: Encuesta Nacional de Prevalencia en el uso de los Métodos Anti-conceptivos. Coordinación del Programa de Planificación Familiar. México, 1979.

Lo anterior indica que aun cuando existe información en materia anticonceptiva, la actitud, medida por su uso no es tan favorable como pu-

diera esperarse. Si a esto le agregamos un elemento más, la proporción de las mujeres que no desean tener más hijos, en correlación con la proporción de las que utilizan algún método, encontramos que más del 50% no desea más hijos de los que tiene y sin embargo, no ha elegido ninguna opción para controlar su fecundidad.

CUADRO NUM. 10
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES DE 15-49 AÑOS DE EDAD
QUE DECLARARON NO DESEAR MAS HIJOS
POR METODO UTILIZADO

Método Utilizado	%
No está usando ninguno	66.7
Pastillas	10.0
Ligadura, Vasectomía, Aborto	8.3
Dispositivo Intrauterino	5.4
Inyecciones	2.3
Retiro	2.3
Ritmo	2.1
Locales	1.1
Preservativo	1.0
Otros	0.8
TOTAL MUESTRA	100.0 2540

Fuente: Encuesta Nacional de Prevalencia en el uso de Métodos Anticonceptivos.

Claramente puede observarse que el 67% de las mujeres en edad fértil, no usa método anticonceptivo en tanto que el 33% si lo hace; de este último porcentaje, la esterilización -tanto en hombres como en mujeres- y el aborto ocupan el segundo lugar de uso.

De la Encuesta Mexicana de Fecundidad que se llevó a cabo durante 1979, se retomaron datos de tres áreas metropolitanas y se presenta el cuadro siguiente:

CUADRO NUM. 11
PORCENTAJE DE MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS, SEGUN SU CONOCIMIENTO/NO CONOCIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS ESPECIFICOS SEGUN EDAD ACTUAL

Grupos de edad	No conocen			Conocen			Total Muestra		
	D.F.	Guad.	Mont.	D.F.	Guad.	Mont.	D.F.	Guad.	Mont.
15-19	6.6	10.0	0	93.4	90.0	100.0	76	20	17
20-24	3.0	.0	2.4	97.0	100.0	97.6	237	63	41
25-29	1.0	.0	0	99.0	100.0	100.0	294	70	53
30-34	.8	.0	1.8	99.2	100.0	98.2	245	65	57
35-39	.5	3.2	2.0	99.5	96.8	98.0	198	62	49
40-44	2.9	1.8	.0	97.1	98.2	100.0	172	56	30
45-49	6.5	.0	.0	93.5	100.0	100.0	138	43	35
TOTAL	2.4	1.3	1.1	97.6	98.4	98.6	1340	379	282

Fuente: Cuadro elaborado en base a los datos encontrados en la Encuesta Mexicana de Fecundidad, 3 áreas metropolitanas. Vol. III, Secretaría de Programación y Presupuesto. Instituto de Investigaciones Sociales. U.N.A.M., México, 1979.

Las cifras anteriores permiten observar que en las tres zonas metropolitanas cerca del 100% de las mujeres (en edad fértil) entrevistadas, conocen algún método para controlar la fecundidad.

Ahora bien, de las mujeres alguna vez unidas que han usado algún método anticonceptivo, incluyendo la esterilización, se encontró que aun cuando se conoce el método definitivo por la mayoría de esta mujeres, menos del 15% de la población entrevistada lo ha usado como medida de control natal. Para apoyar lo expuesto presentamos el Cuadro Núm. 12.

En el Cuadro que se menciona se puede observar que, como era de esperarse, entre las mujeres localizadas en los grupos de 15 a 19 años, en las tres zonas, no se ha efectuado esterilización, pero sí se presenta en los demás estratos de edad, ya que obviamente el primer grupo corresponde a las personas que inician su ciclo reproductivo. Al igual que se ha observado en otros países, la esterilización, para las zonas del Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey no se sale de la norma, ya que la salpingoclasia es más frecuentemente utilizada que la vasectomía. En estas zonas, la vasectomía se practica principalmente en el Distrito Federal y la diferencia cuan-

CUADRO NUM. 12

PORCENTAJE DE MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS QUE HAN USADO ALGUN METODO ANTICON-
CEPTIVO ESPECIFICO, (INCLUYENDO LA ESTERILIZACION) SEGUN EDAD ACTUAL.
(TRES ZONAS METROPOLITANAS)

Lugar tipo de Est. Grupos de Edad	Esterilización Voluntaria						Total Muestra		
	D. F.		Guadalajara		Monterrey		D.F.	Guadala- jajara	Monte- rrey
	Mascu- lina	Feme- nina	Mascu- lina	Feme- nina	Mascu- lina	Feme- nina			
15 - 19	0	0	0	0	0	0	76	20	17
20 - 24	0	1.7	0	3.2	0	0	237	63	41
25 - 29	0	2.4	0	2.9	0	3.8	294	70	53
30 - 34	.8	6.9	3.1	3.1	0	5.3	245	65	57
35 - 39	2.5	9.6	0	14.5	0	4.1	198	62	49
40 - 44	0	5.2	0	7.1	0	13.3	172	56	30
45 - 49	0	2.2	0	7.0	0	8.6	138	43	35
TOTAL	.5	4.3	.5	5.8	0	5.0	1360	379	282

Fuente: Cuadro elaborado en base a los datos encontrados en la Encuesta Mexicana de Fecundidad, tres áreas metropolitanas. Vol. III, Secretaría de Programación y Presupuesto. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM. México, 1979.

titativa con respecto a Guadalajara no es significativa; para el caso de Monterrey no se pueden establecer diferencias porque no se encontraron vasectomías entre las personas que integraron la muestra.

En las tres áreas mencionadas se ha observado que cuando se tienen más de cuatro hijos vivos es cuando se utiliza en mayor porcentaje, el método definitivo, (sea la vasectomía o la salpingoclasia). Esto se manifiesta a través del cuadro siguiente:

CUADRO NUM. 13

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES "EXPUESTAS" QUE USAN METODO ANTICONCEPTIVO ESPECIFICO INCLUYENDO ESTERILIZACION, SEGUN EL NUMERO DE HIJOS ACTUALMENTE VIVOS

Zona Metropolitana. Núm. de hijos	Esterilización Voluntaria					
	D. F.		Guadalajara		Monterrey	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
3 hijos vivos	.8	1.7	0	2.4	0	3.3
3 hijos vivos	.6	5.4	0	5.3	0	0
4 hijos vivos	.9	7.0	3.1	.0	0	3.2
5 y + hijos vivos	.7	10.8	1.1	18.0	0	17.2
T O T A L	.8	5.7	.8	8.2	0	7.7

Fuente: Cuadro elaborado en base a los datos encontrados en la Encuesta Mexicana de Fecundidad, tres zonas metropolitanas, Vol. III, Secretaría de Programación y Presupuesto e Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM. México, 1979.

Estos datos nos indican que tanto las mujeres que tienen menos de tres hijos como las que tienen más de cinco hijos vivos se someten a la esterilización, aunque predomina la práctica entre las mujeres que tienen más de cinco hijos vivos.

En el sector público, el Instituto Mexicano del Seguro Social realizó una encuesta a nivel nacional únicamente con derechohabientes para determinar la aceptación del programa de planificación familiar; los resultados obtenidos con 324,000 encuestas fueron: "el total indica que se emplean cuatro métodos temporales por un método definitivo"; "el hecho de realizar un volumen tan importante de métodos definitivos indica dos cosas: 1) La conciencia que día a día se está tomando por parte de la población de derechohabientes respecto a la necesidad de limitar el tamaño de la familia; y 2) La satisfacción de que los servicios están dando a la demanda del método mencionado, lo que por otra parte trae como consecuencia un aumento en la continuidad general del programa". (46)

(46) Anuario Estadístico de labores de la jefatura de Servicios de Planificación Familiar. Sub-dirección General Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social, 1978.

En relación a los métodos temporales y el definitivo se conoce que los más usados son: las pastillas y el dispositivo intrauterino, ocupando el 3er lugar la Esterilización Voluntaria.

CUADRO NUM. 14
PORCENTAJE DE USUARIAS DEL IMSS DE LOS METODOS
TEMPORALES Y LOS DEFINITIVOS EN EL PAIS.

Método	% de Usuaris
Pastillas	61
Dispositivo Intrauterino	14
Locales	9
Esterilización voluntaria en hombres y en mujeres.	16

Fuente: Anuario Estadístico de labores de la jefatura de Servicios de Planificación Familiar. Sub-Dirección General Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social, 1978.

De cuatro usuarios activos que participan en el programa de planificación familiar, uno de ellos usa el definitivo. En total el IMSS atendió a 820,699 usuarios de ambos sexos con métodos temporales y 254,869 con

los definitivos.

Si comparamos la distribución del uso de métodos anticonceptivos del Valle de México con los demás Estados tenemos que:

CUADRO NUM. 15
DISTRIBUCION DEL USO DE METODOS TEMPORALES Y DEFINITIVOS
EN EL VALLE DE MEXICO Y EN LOS ESTADOS

Método	Valle de México	Estados
Dispositivo Intrauterino	39.0%	21.9%
Pastillas	28.7%	47.6%
Locales	3.4%	2.9%
Quirúrgicos	28.0%	27.6%
Otros	0.9%	0.1%

Fuente: Anuario Estadístico de Labores de la Jefatura de Servicios de Planificación Familiar. Sub-Dirección General Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social, 1978.

Se puede observar que existen algunas diferencias en cuanto al uso de métodos anticonceptivos; para el Valle de México, predomina el uso y

la preferencia del dispositivo intrauterino que lo tiene el 39% de las mujeres, en el interior del país lo más usado son las pastillas (47.6%). En cuanto al uso de métodos quirúrgicos se tiene un porcentaje similar en las dos zonas del país siendo para cada uno del 28%.

En el sector privado, FEPAC no sólo ha participado en las actividades de planificación familiar para apoyar los métodos propuestos para reducir la tasa de natalidad hasta llegar al año 2000 con alrededor de 1%; además proporciona los servicios de educación sexual y métodos anticonceptivos también a partir de julio de 1979, inauguró el Centro Quirúrgico que tiene como finalidad practicar esterilizaciones en hombres y mujeres que así lo deseen para evitar embarazos NO deseados.

Dentro del Centro Quirúrgico se han realizado, de enero a mayo de 1980, 183 salpingoclasias y deferentoclasias.

La edad de los operados varía desde los 22 hasta más de los 40 años, con cero hijos hasta quienes tienen 13 hijos. (Ver Cuadro Núm. 16)

El Centro Quirúrgico surgió como una respuesta a las solicitudes de sus usuarias para someterse a la intervención quirúrgica y terminar

CUADRO NUM. 16

ESTERILIZACIONES VOLUNTARIAS EN HOMBRES Y MUJERES REALIZADAS EN FEPAC, 1980

Edad \ Número de hijos	0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-13	TOTAL
22 - 29	2	5	24	18	3	1	-	53
30 - 39	-	9	33	44	15	3	1	105
40 y más	1	2	2	10	4	4	2	25
T O T A L	3	16	59	72	22	8	3	183 *

Fuente: Depto. de Evaluación de FEPAC, 1980.

* 14 son vasectomías y 169 salpingoclasias.

su procreación. Sin embargo, cuando dichas usuarias son canalizadas de los centros de planificación familiar al quirúrgico, gran parte de éstas no se presentan para continuar con los trámites de la operación, lo que provoca que la demanda de este servicio sea menor a la esperada y que sólo se cubra el 20% de la meta establecida.

¿Qué es lo que pasa en el lapso, entre su solicitud y su llegada al Centro Quirúrgico? Por lo general ya no desean esterilizarse.

3.4. Aspectos psicosociales de la esterilización voluntaria.

En este punto del trabajo nos concretaremos a describir algunos aspectos psicosociales postoperatorios, ya que, como se mencionó al iniciar la presente investigación, hasta el momento no se encontraron estudios que trataran de aspectos psicológicos y sociales preoperatorios. Sin embargo, estas implicaciones analizadas pueden servir de guía para evitarlas en personas que pretenden esterilizarse.

Gran parte de los efectos secundarios, se deben a la formación cultural, nivel educativo, principios religiosos y actitudes psicosexuales de la pareja en relación a la decisión de esterilizarse, ya que el efectuar la trae como consecuencia en algunos casos, sentimientos de culpa o de inmoralidad o de mutilación, pero es solicitado por ser un método seguro y práctico para evitar embarazos. Como resultado de estos efectos, y para disminuirlos lo más posible, se han establecido indicaciones, además de las médicas, las de tipo social y económico.

3.4.1. Indicaciones sociales y económicas.

Además de las indicaciones médicas para efectuar la Esterilización Voluntaria, también se tienen las sociales y las económicas. En las sociales se incluyen conceptos emocionales (psicológicos) fisiológicos o religiosos. La operación debe efectuarse no como castigo sino voluntariamente para quienes deseen terminar la fecundidad.

Uno de los principales requisitos para efectuar una esterilización es que las personas que se sometan a dicha intervención sean emocionalmente maduras y que comprendan la naturaleza de la operación, sus efectos y su irreversibilidad. Debe efectuarse también cuando ya no se desee tener más hijos, una vez que esté satisfecha la necesidad de procrear, ya que la necesidad es "esencialmente la carencia de algo que es vital o importante, para el organismo: un déficit".⁽⁴⁷⁾

De los estudios realizados en otros países, se encontró que una de las causas más frecuentes que los pacientes expresan para limitar el

(47) Lingren, Henry Clay. Introducción a la Psicología Social. Ed. Trillas. México, 1975, p. 93.

número de hijos es el factor económico, los pacientes como padres de familia desean asegurar la sobrevivencia de sus hijos cubriendo las necesidades básicas adecuadas para cada miembro de la familia, de otro modo si el número de hijos se incrementa es imposible proporcionarles todos los elementos para cubrir sus necesidades.

Una causa más de tipo económico acerca de la preferencia por la Esterilización, es que el uso de los métodos temporales a largo plazo resultan más costosos que la Esterilización Voluntaria, ya que esta se efectúa una sola vez y los temporales son un gasto constante.

Efectos colaterales emocionales.

Casi todos los estudios demuestran que hay una mayoría de hombres satisfechos de la operación, son raros los casos en los que se queja un hombre de impotencia después de la intervención quirúrgica, éstos usualmente tenían problemas psicológicos previos a la operación, también el dolor genital o hiperestesia testicular está altamente asociado a factores psicológicos.

Cuando se informan efectos colaterales emocionales usualmente pueden atribuirse al descontento con la decisión de haberse operado y la me jo r forma de reducir esto es conversar y discutir con el interesado, antes de efectuarla enfatizando en que NO debe someterse a la esterilización si hay inseguridad para llevarla a cabo. La persona que necesita de la confianza que le proporciona pensar en que la operación es reversible, no es candidata apropiada para esterilizarse.

De la recopilación de varias investigaciones en E.E.U.U. sobre las reacciones del hombre y la mujer hacia la esterilización, se determinó que el factor principal por el cual no se practican más esterilizaciones, ni se hace más común, es el psicológico. Entre las causas que provocan el rechazo psicológico están:

- "1) Insatisfacción con la operación.
- 2) Disminución del deseo sexual.
- 3) Problemas menstruales.
- 4) Problemas matrimoniales.
- 5) Sentimientos maternales insatisfechos.

- 6) Culpabilidad religiosa o moral
- 7) Sentimientos de inferioridad". (48)

Basándose en los resultados de las investigaciones en E.E.U.U. y otros países como Puerto Rico, Egipto, se recomiendan los siguientes elementos para prevenir el desarrollo de problemas psicológicos.

- Edad no muy temprana para esterilizarse, porque existe un gran riesgo de morbi-mortalidad en mujeres jóvenes.
- El tamaño de la familia no menor de tres a cuatro hijos.
- Evitar la esterilización a mujeres con antecedentes de neurosis o inestabilidad emocional y en parejas con problemas matrimoniales (es muy importante que después de la esterilización la pareja continúe unida).
- La esterilización afecta a las parejas con prejuicios religiosos, es importante clarificar todas las dudas antes de operar.

(48) Schwyhart, Winston R., Rutner, Jerome. A Reanalysis of female reactions to contraceptive sterilization. The journal of nervous and mental disease. Vol. 156. No. 5. Williams and Wilkins Co., 1973. USA.

- Los pacientes que han sido presionados para la esterilización tienen mayores problemas de adaptación, esta decisión debe tomarse libremente, y tampoco operarse por complacer a la pareja.
- Evitar la esterilización cuando existe el deseo de tener más hijos.

En México en el Hospital General 1^a de Octubre del ISSSTE, se efectuó un estudio sobre la actitud o consecuencias psicológicas en mujeres a las que se les practicó la esterilización. Los resultados de esta encuesta quedan plasmados en el Cuadro No. 17.

De acuerdo a los resultados mencionados de la investigación, las usuarias que deseen operarse deberán tener las siguientes características:

- Tener un mínimo de cuatro hijos vivos.
- Aceptación de la pareja.
- Ausencia de patología pélvica.
- En edad fértil.

CUADRO NUM. 17

CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS DE MUJERES ESTERILIZADAS EN EL ISSSTE

DATOS GENERALES	ANTES DE LA OPERACION	8 DIAS DESPUES	6 MESES DESPUES	18 MESES DESPUES
<p>Edad promedio: 32 años. Nivel socioeconómico: medio y medio bajo. 82% labores hogar. 98% casadas.</p>	<p>Temor a la intervención, con una gran determinación de liberarse y ser útil a su familia ya que no va a existir el temor al embarazo no deseado.</p>	<p>Preocupación. Ansiedad. Dudas acerca del funcionamiento posterior y sobre las consecuencias de la pérdida de su fertilidad. Ansiedad por comprobar que lo que hizo fue lo correcto y en bien a la felicidad de la pareja.</p>	<p>Frustración, stress, mal genio, temor. Se da un rechazo consciente al marido que las permitió esterilizarse. Deseos inconscientes de escapar de la fertilidad. Esto provoca cambios somáticos.</p>	<p>Todos los conflictos han disminuido y empieza un proceso de adaptación y normalización de su libido.</p>

- Disposición para la realización de las pruebas psicológicas (Rorchach, Cattell) y de entrevistas después de la operación.

Si el uso de cualquier método anticonceptivo involucra sus riesgos y sus consecuencias, el uso de la esterilización voluntaria debe meditarse con cuidado. Cada operación significa para el aceptante un cambio fisiológico y psicológico de gran envergadura pues se trata de finiquitar la posibilidad de procreación con efectos irreversibles.

3.4.2. Ventajas y desventajas de la Esterilización Voluntaria.

La esterilización voluntaria presenta ventajas y desventajas en relación con los métodos temporales de control y de la esterilización masculina vs. la femenina. A continuación se presenta una lista de los pros y contras del uso de la esterilización, que son resultado de diversas investigaciones efectuadas en diferentes países, cuyos resultados, fueron recopilados y ordenados con el fin de comparar el método de esterilización voluntaria masculina y femenina con los demás métodos.

VENTAJAS DE LA ESTERILIZACION VOLUNTARIA

DEFERENTOCLASIA

SALPINGOCLASIA

Protegen contra embarazos no deseados

Técnicas sencillas, relaciones ma
ritales más satisfechas.

Abandono del miedo a embarazos
accidentales.

Abandono del uso de métodos an-
ticonceptivos.

Corto tiempo de operación.

No requiere hospitalización.

No requiere anestesia total.

No se penetra a la cavidad
peritonea.

No requiere de exámenes médicos
periódicos.

Efectiva inmediata que evita me
dicamentos nocivos a la salud.

Más aceptación.

No requiere exámenes médicos pe-
riódicos.

Los riesgos de la Esterilización
son menores de los que acarrear
embarazos repetidos.

DEFERENTOCLASIA

SALPINGOCLASIA

Bajo riesgo de complicación, eficacia casi del 100%.

Menos complicaciones post-operatorias

Alto porcentaje de éxito en la reanastomosis.

Menos costo.

Más aceptación cada día.

DESVENTAJAS DE LA ESTERILIZACION VOLUNTARIA

DEFERENTOCLASIA

SALPINGOCLASIA

Principios Religiosos

No es efectiva de inmediato.

Bajo porcentaje de aceptación.

Altamente asociada con prejuicios.

Alteraciones del ritmo menstrual.

Técnicas más complicadas.

Requiere más tiempo de operación.

Requiere hospitalización.

Cambios de Circunstancias

Muerte de los hijos o divorcio.

Requiere anestesia general.

Se penetra a la cavidad peritoneal.

Más complicaciones postoperatorias.

Bajo índice de éxito en reanastomosis.

Alto costo (más que la vasectomía).

Personalidad Inestable (Nuevo matrimonio).

Desventajas Psicológicas: Frigidez Postoperatoria.

Instinto maternal insatisfecho.

Problemas emocionales.

3.4.2.1. Ventajas de la Esterilización Voluntaria Vs. Métodos Anticonceptivos.

ESTERILIZACION VOLUNTARIA

- Más propias para terminar la reproducción.
- Procedimiento que se efectúa una sola vez y no requiere motivación.
- La efectividad de su costo es máxima si el costo del procedimiento es amortiguado por el resto de años de vida reproductiva de la pareja.
- No es nociva a la salud ni a corto ni a largo plazo.

METODOS ANTICONCEPTIVOS

- Se puede espaciar el nacimiento de los hijos.
- Menor costo a corto plazo.
- Al cambiar las circunstancias se vuelve a tener hijos.

DESVENTAJAS

Principios Religiosos

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - En cambio de circunstancias hay baja posibilidad de nuevos embarazos. - Asociado a mitos e interpretaciones erróneas. - Sentimientos de culpa. | <ul style="list-style-type: none"> - Desequilibrio químico en el organismo. - Implicaciones emocionales. - Implicaciones orgánicas o efectos secundarios colaterales. |
|--|--|

- Frustración con la falla y embarazo.
- Alto porcentaje de ineficacia.
- Desagrado en el manejo del método.
- En caso de embarazo, peligro por el feto.
- A largo plazo resultan nocivos para la salud.

3.4.3.- Prejuicio.

Como se ha mencionado anteriormente la aceptación de la Esterilización Voluntaria es a nivel mundial, pero es necesario hacer notar que, aunque se fomentan ambas operaciones (salpingoclasia y vasectomía) entre culturas especialmente las latinoamericanas, las africanas y los grupos musulmanes, se encuentran con obstáculos principalmente psicológicos que impien llevar a cabo, la esterilización masculina, debido entre otras cosas a la formación de mitos, de interpretaciones erróneas y a la exageración de su efecto post-operatorio que por desgracia se hacen sobre ambas operaciones de esterilización en mayor proporción en la masculina.

No es posible, como psicólogos sociales, omitir aspectos de juicios previos o distorsionados acerca de la Esterilización, que si bien no son el objeto de este estudio, tampoco puede pasarse por alto debido al componente psicosocial del que se integran, por lo tanto dedicamos esta sección a exponer algunos conceptos teóricos de manera superficial sobre el prejuicio y su relación con la Esterilización Voluntaria, ya que aspectos más profundos corresponderían a tema de otra investigación.

3.4.3.1. Aspectos teóricos.

"El prejuicio es un juicio previo, un sentimiento o reacción hacia las personas o casos anteriores a la experiencia, y por lo tanto sin fundamento en ella. Puede ser positivo o negativo y puede estar dirigido hacia una gran variedad de objetos".⁽⁴⁹⁾

Cón el transcurrir de las décadas se ha ido proponiendo una amplia variedad de teorías y opiniones para explicar su existencia y su origen.

(49) Klineberg, Op. Cit., p. 478.

Algunos autores tales como Klineberg (1940) y Royce hacen hincapié, opinando que el origen del prejuicio está relacionado con la conciencia de clase, los sentimientos de solidaridad con sus semejantes, la aversión a los que son diferentes y a la antipatía natural.

Entre las principales teorías acerca del prejuicio encontramos:

1) La teoría del Prejuicio "Natural". Es una de las más antiguas y está basada en los factores biológicos y naturales del hombre o en ciertas características inevitables de la sociedad humana, según esta teoría, el prejuicio no puede evitarse cuando dos grupos entran en contacto, por lo que se infiere que en un mundo heterogéneo existiría siempre el prejuicio.

2) Los científicos sociales han descartado esta teoría o cualquier otra que se base en los factores biológicos y naturales, la mejor indicación de que el prejuicio no es un rasgo natural, proviene del hecho de que se encuentra completamente ausente en los niños, aunque esto no quiere decir que se encuentren ausentes factores de la maduración o del desarrollo.

3) Otra explicación no reciente del prejuicio es la de la teoría del prejuicio inculcado, esta teoría mucho más convincente, considera el prejuicio como un aspecto del proceso de aprendizaje, ya que vamos creando actitudes amistosas o enamistosas hacia una gran variedad de: personas, objetos o grupos como resultado de nuestra experiencia con ellos.

4) En las teorías más recientes se ha hecho hincapié en que pueden emplearse dos niveles de análisis para explicar: el origen y la conservación del prejuicio (Allport, 1975, Ashmore, 1970). El primero subraya los mecanismos individuales y el segundo los factores sociales.

Para enfocar con mayor precisión los procesos que componen el fenómeno del prejuicio se hace una dicotomía entre los acontecimientos que ocurren en un contexto interindividual y los que ocurren en un contexto intergruparal.

Contexto interindividual: Una explicación dada a este nivel si túa el lugar del prejuicio dentro de la persona y considera que la expresión de este es parte de la personalidad.

Otra explicación interindividual de mucha influencia es la de Freud quien postuló que cuando se frustran o impiden del proceso instintivo

(del ello) se presenta una respuesta primordial de hostilidad respecto a la fuente de frustración.

Dollard y otros (1939), ampliaron y aplicaron esta secuencia teórica para explicar el desarrollo del prejuicio: a) La frustración genera hostilidad y agresión, b) cuando no está presente o no está disponible o no es identificable la fuente, desplaza agresión hacia una minoría inerte y c) en seguida se racionaliza la agresión desplazada.

Las dos contribuciones aquí presentadas aceptan cierto tipo de aprendizaje y cada una de ellas sugiere que la infancia es un período importante durante el cual ocurre dicho aprendizaje.

Contexto intergrupar: Se afirma que el prejuicio es inherente a la naturaleza de las relaciones intergrupo y en las estructuras institucionalizadas de la sociedad.

Se cree que los efectos a gran escala ejercidos por los grupos son más importantes que la variación individual.

Campbell (1965) prefirió subrayar el "conflicto real" entre los intereses de los respectivos grupos cuando se trataba de las relaciones intergrupo y del desarrollo del prejuicio. Este se oponía a la secuencia "frustración - agresión - desplazamiento".

A fin de que se inicie el prejuicio, la única condición necesaria, según este punto de vista, es simplemente que un grupo reconozca la existencia de otro grupo, externo e importante también podría ser un requisito previo que los miembros del grupo interno vean a los del grupo externo como una amenaza para la identidad social propia que tiene como base al grupo propio.

De esto podemos resumir que:

El prejuicio se "aprende" como resultado de la experiencia personal, dada por la influencia del hogar y de la escuela, o mediante la aceptación de actitudes corrientes en el medio social. Además de que la personalidad también desempeña una parte importante en el desarrollo del prejuicio.

Así que el prejuicio es multidimensional, en el sentido de que puede surgir de una serie de causas diferentes para satisfacer muchísimos motivos.

Es evidente que el grado de prejuicio varía de un individuo a otro y entre un grupo y otro.

3.4.3.2. Relación de prejuicio y esterilización voluntaria.

Tomando como base los conceptos expuestos, deducimos que la esterilización voluntaria conlleva un alto grado de información con prejui-cios que se deben al aprendizaje que resulta de la experiencia personal, la información es proporcionada por diferentes canales de comunicación y los responsables de elaborar los programas que se transmiten han permitido y fomentado las interpretaciones erróneas de la Esterilización Voluntaria.

Durante la Segunda Guerra Mundial, la esterilización fue utilizada como medida de represión a fin de que los "grupos indeseables" no procrearan y con ello lograr depurar la 'raza' quedando únicamente la 'raza superior'. De aquí que el término esterilización se haya vuelto sinónimo de castración. Es a partir de la quinta década de nuestro siglo que empiezan a disociarse estos conceptos pero se adquirieron otros, tales como frigidez, impotencia sexual, inmoralidad o mutilación. Recientemente en la publicidad, a través de numerosos medios de información; sobre los programas de Planificación Familiar, se están dando cambios en los conceptos. Es en la época actual cuando se presentan ya aspectos positivos, se señala por ejem-

plo que una pareja al optar por la esterilización resuelve sus problemas, de relación marital, los económicos, además de los psicológicos, convirtiéndose en una familia feliz que cambia incluso su status socioeconómico al ni vel superior.

Aun cuando sabemos que no es así, estamos de acuerdo en que es ta información es dada para ganar más aceptantes y lograr que los programas de Planificación Familiar cumplan con la tarea de reducir el ritmo de creci miento poblacional; pero, no coincidimos en la forma de comunicarla, ya que se provocan en las personas sentimientos de incapacidad y/o de inseguridad al comprobar por ellas que con la sola Planificación Familiar no es posible alcanzar las metas necesarias para su autorealización, y que a pesar de ello quedan en las mismas circunstancias que antes de operarse.

Quizá las personas al esterilizarse resuelvan parte del proble ma económico, porque no hay más hijos a quienes vestir, alimentar, educar, etc., el problema del embarazo accidental que casi siempre son los hijos in deseados y quizá mejoren sus condiciones de vida. Pero, la esterilización no debe tomarse como la panacea de la vida, tanto las personas que preten

den optar por este método, como los médicos y las personas responsables de los programas de planeación familiar, deben tomar conciencia para que no se continúe con la idea de que al esterilizarse voluntariamente se resolverán sus problemas, especialmente los económicos, los maritales y los psicológicos.

"Sólo hay una mujer en el mundo y su
nombres es la mujer".

Carl Sandburg.

CAPITULO IV. PROYECTO DE INVESTIGACION.

4.1. Metodología.

4.1.1. Planteamiento del Problema.

Como se mencionó en el capítulo II, uno de los problemas más urgentes que México trata de resolver es la explosión demográfica y para solventarlo ha impulsado una política de planeación familiar. En esta política participa la FEPAC como una institución que fomenta la planificación familiar y contribuye con ello en la tarea de reducir la tasa de natalidad al 1% para el año 2000, según las metas especificadas por la coordinación de planificación familiar. Dentro de esta política de planificación familiar se ha considerado el uso del método definitivo de control natal (capítulo III), que acorde con esta política y con las numerosas peticiones por parte de las usuarias, o de sus esposos, para optar por un método definitivo de control, FEPAC decidió crear un centro dedicado exclusivamente a efectuar esterilizaciones en hombres y mujeres inaugurándolo en julio de 1979

con el nombre de Centro Quirúrgico.

Una vez que el servicio otorgado por el Centro Quirúrgico adquirió su ritmo promedio, se pudo apreciar que la demanda real resultó inferior a la solicitada en los centros. Esta situación indicó la necesidad de plantear una investigación que pudiera proporcionar los elementos para conocer los motivos por los cuales las usuarias no acudían a la esterilización a pesar de haber manifestado su deseo del empleo del método definitivo. Es por ello que el objetivo principal de esta investigación radica en conocer la opinión de las mujeres usuarias de los servicios de FEPAC acerca de la "Esterilización Voluntaria" además de determinar el grado de conocimiento que las usuarias tienen del término y del método de la esterilización. Creemos que el conocimiento y la opinión de estas mujeres depende de factores tales como la escolaridad, el número de hijos vivos y grado de religiosidad, entre otros factores; pero fundamentalmente está en estrecha relación con su edad, ya que la actitud hacia la esterilización voluntaria de una mujer de 15 años debe diferir de quien tenga 49.

Creemos que por el solo hecho de ser una intervención quirúrgi

ca que conlleva los riesgos de una operación, aun cuando sea considerada de cirugía menor, debilita la decisión de las personas aunque se tenga una actitud favorable hacia ella, si a lo anterior le agregamos que este método es irreversible, la esterilización entonces debe afrontarse seriamente e invertir esfuerzos para proporcionar a la usuaria una información correcta, suficiente y bien orientada, para lo cual el requisito indispensable es contar con estudios rigurosos que facilitan elementos de todo tipo y realizar un programa que satisfaga las expectativas de la población.

La FEPAC consciente de ello realiza una serie de investigaciones médicas, demográficas y sociopsicológicas dentro de las cuales se inicia este proyecto que pretende primero, conocer la opinión y la información que las usuarias de la institución tienen acerca de la esterilización, esto permitirá, en un siguiente paso, emprender una segunda investigación -si es posible de cobertura nacional- de las actitudes de la población hacia este método, para estar en posibilidades de medir cambios de actitud en las mujeres y en los hombres. Todo ello nos colocará en condiciones de predecir la demanda de este servicio.

De acuerdo a las necesidades y la política institucionales así como a los intereses de equipo de investigación podemos establecer los objetivos e hipótesis del presente trabajo:

4.1.2.- Formulación de objetivos.

4.1.2.1.- Conocer la opinión de la mujer usuaria de FEPAC, hacia la esterilización voluntaria.

4.1.2.2.- Indagar por medio del cuestionario, el grado de conocimiento que la usuaria tiene de la esterilización como método definitivo de control.

4.1.3.- Formulación de las hipótesis.

H_0 : "No hay diferencias en las actitudes en cuanto a edad, disposición para operarse, conocimiento del método, número de hijos, religión que profesan, aprobación del esposo y actividad que desempeñan, de las mujeres que

asisten a los centros de FEPAC".

- H₁: "La edad cronológica de la mujer usuaria de FEPAC es un factor fundamental en la disposición para operarse".
- H₂: "Las mujeres de FEPAC expresan disposición para la esterilización voluntaria".
- H₃: "Las mujeres usuarias de FEPAC desconocen el significado, el procedimiento y las implicaciones de la esterilización voluntaria".
- H₄: "Las usuarias de FEPAC opinan que la esterilización debe hacerse sólo en mujeres".
- H₅: "Las usuarias de FEPAC consideran que la esterilización debe hacerse sólo en mujeres mayores de 35".
- H₆: "Las usuarias de FEPAC consideran que la mujer debe esterilizarse con más de cuatro hijos".
- H₇: "Las usuarias de FEPAC opinan que la esterilización debe hacerse sólo en mujeres que trabajan".

H₈: "Las usuarias de FEPAC consideran que la actitud del hombre hacia el control de la natalidad juega un papel importante en la decisión de la mujer para operarse".

H₉: "Las creencias religiosas impiden que la mujer usuaria de FEPAC tenga una abierta disposición hacia el método de esterilización".

4.1.4.- Diseño de la muestra*.

El muestreo es una estrategia metodológica que permite a través de la selección cuidadosa de una parte del universo en estudio, aproximarse a la realidad que se pretende conocer. A medida que se toman muestras de un mismo universo o conjunto y que aumenta su tamaño, tendrá cada

* Para seleccionar el tamaño de la muestra, se recurrió a la asesoría profesional del Ing. Romualdo Vitela, programador del Instituto de Investigaciones Sociales y profesor de la Facultad de Psicología de la UNAM.

vez más a representar a la población. Esta representatividad consiste en que todos los elementos de la población de interés participan en un sorteo en el que tienen todos igual probabilidad de ser seleccionados. El tipo de muestreo depende del conocimiento previo que se tiene de la población, pero básicamente de los objetivos y de las hipótesis planteadas. En nuestro caso utilizamos un muestreo no probabilístico por cuotas que consiste en que la población elegida se divide en estratos. El estrato designado para la presente investigación fue la edad por rangos, ya que la edad es un factor que influye en la mujer para adoptar una actitud ante una situación específica en este caso la esterilización voluntaria.

Por lo anterior se propuso la edad como variable principal, donde el criterio proporcional se basará precisamente en la edad de la usuaria, dado que además la selección de un muestreo de este tipo resulta autoponderado porque la muestra se pondera por el número de elementos de cada estrato.

El tamaño de la muestra depende de la precisión con que se desean las estimaciones, es decir, este estudio ayudará a adoptar una determin

nada política acerca de si es recomendable el establecimiento de la esterilización voluntaria dentro de un proyecto de planificación familiar, en todos los centros de FEPAC o únicamente en algunos.

Para determinar el número de miembros a entrevistar, es necesario conocer la varianza del fenómeno en estudio para así fijar la proporción de aquellas usuarias que tienen un conocimiento acerca de la esterilización voluntaria, por lo tanto, se utilizó la siguiente fórmula para proporciones:

$$n = \frac{t^2 (pq) / d^2}{1 + \left(\frac{1}{N} (t \times pq) / d\right) - 1}$$

donde:

n = tamaño de la muestra.

t = abscisa a la curva normal, que consta en una determinada proporción de área.

p = probabilidad de que una mujer tenga buena disposición a esterilizarse.

$$q = 1-p$$

d = grado de precisión o margen de error permitido en la estimación.

N = población total.

Para seleccionar el grado de confianza y el de la "t" se recurre al supuesto teórico de las "p" muestrales presentan una distribución normal y por lo tanto, el grado de confianza se mide en términos de la "probabilidad de que la diferencia entre la población y la "p" muestral no sea mayor que una precisión deseada":

$$\text{Pr} (|p - \bar{p}| \geq d) = \alpha$$

donde la α es el riesgo que asumimos en la estimación. Los intervalos de confianza se suelen usar de 95% "t" donde se asume el riesgo de equivocarse cinco de una vez respectivamente de 100 estimaciones, en el estudio referimos una precisión amplia, que obliga a determinar una muestra más grande y una confianza de 95% lo cual trae como consecuencia que la "t" tenga un

valor de 1.96.

En relación a la "p" con la que se determinará la varianza del fenómeno en estudio y dado que se desconoce, se hará en función de una de las hipótesis planteadas que dice: "las usuarias tienen disposición acerca de la operación" esa disposición nos habla de una probabilidad de 1/2 y quizás de una mayor proporción pero que no se tienen las condiciones para conocerla con certeza, a menos que se hiciera una muestra piloto y se midiera.

El error estandar de la variable que mide "p", se estimará de la siguiente forma:

$$\hat{P} = \sqrt{\frac{N - n}{N - 1}} \sqrt{\frac{Pq}{n}}$$

En cuanto a la precisión no hay que olvidar que se podría cometer un error en la medición de "p"; este error que pudiera asumirse y que en caso de ocurrir no distorsionará la toma de decisión de cualquier política. Sabemos que un intervalo de 95% de confianza para la "p" en estudio,

es de la forma:

$$P \pm \underbrace{1.96 \frac{\sigma}{d}}_p$$

En base a los criterios anteriores, la muestra para esta investigación quedó integrada por 1433 usuarias pertenecientes a los centros de la zona metropolitana.* Cuya asistencia de enero a septiembre de 1978 fluctuó de 928 a 6458 y para 1979 fluctuó de 1901 a 4697. Ver la siguiente tabla:

CUADRO NUM. 18
DISTRIBUCION DE LOS CENTROS Y NUMERO DE USUARIAS QUE ASISTEN A LOS CENTROS DE FEPAC EN LA CIUDAD DE MEXICO A PARTIR DE 1978 y 1979.

CENTRO	ENE/SEP 1978	ENE/SEP 1979	DIFERENCIA 1979
Villa	5,598	4,789	- 809
Tlacotal	2,943	2,310	- 633
Peñón	4,642	4,208	- 434
Iztapalapa	4,212	4,424	+ 212
Patriotismo	1,359	1,348	- 11
Xochimilco	2,165	2,352	+ 187
Olivar del Conde	2,601	1,486	- 1115
Portales	1,292	1,174	- 118
Zaragoza	3,451	3,055	- 396
Tlalpan	1,566	1,449	- 117
Atzacalco	3,595	3,403	- 192
Tizapán	1,317	1,346	+ 29
Naucalpan	6,458	4,697	+ 1761
Netzahualcoyotl	928	1,091	+ 29

* El número de centros en la ciudad de México es de 14: Villa, Tlacotal, Peñón, Iztapalapa, Patriotismo, Xochimilco, Olivar del Conde, Portales, Zaragoza, Tlalpan, Atzacalco, Tizapán, Naucalpan y Netzahualcoyotl.

Así que el universo es de 37,132 mujeres cuya edad fluctúa de los 11 hasta los 69 años y la frecuencia según el anuario estadístico de 1978 es de:

CUADRO NUM. 19

DISTRIBUCION DE LAS USUARIAS QUE ASISTEN A CONSULTA, POR RANGOS DE EDAD

EDAD	FRECUENCIA	%
11 - 14	235	00.62
15 - 19	6 059	16.06
20 - 24	11 179	29.62
25 - 29	8 492	22.50
30 - 34	5 335	14.14
35 - 39	3 260	8.64
40 - 44	1 120	2.97
45 - 49	382	1.01
50 - 54	632	2.37
55 - 59	897	00.10
60 - 64	37	00.03
65 - 69	11	
T O T A L	37,739	100.7

La población total es de 37,132 usuarias; sin embargo, al eliminar a las mujeres ubicadas en los grupos extremos con baja posibilidad de fecundidad y por lo tanto representantes de la mínima población atendida en la fundación, y además de mayor dificultad para la entrevista debido a su escasa asistencia, la población se reduce a 36,559, cifra que representa el 98.42% de la población inicial y que incluye a las mujeres que participan activamente en la fecundidad, (15 a 49 años). Es así que la muestra estratificada por edad cubre un total de 1508 mujeres, distribuyéndose por centros. Ver Cuadro Núm. 20.

4.1.5.- Instrumento utilizado.

En el presente estudio utilizamos la entrevista, -técnica de investigación científica-, cuya característica principal consiste en que el investigador obtiene de cada individuo-caso, una respuesta verbal a una serie de cuestiones previamente elaboradas. La presente entrevista siguió las etapas que a continuación mencionamos:

La población total es de 37,132 usuarias; sin embargo, al eliminar a las mujeres ubicadas en los grupos extremos con baja posibilidad de fecundidad y por lo tanto representantes de la mínima población atendida en la fundación, y además de mayor dificultad para la entrevista debido a su escasa asistencia, la población se reduce a 36,559, cifra que representa el 98.42% de la población inicial y que incluye a las mujeres que participan activamente en la fecundidad, (15 a 49 años). Es así que la muestra estratificada por edad cubre un total de 1508 mujeres, distribuyéndose por centros. Ver Cuadro Núm. 20.

4.1.5.- Instrumento utilizado.

En el presente estudio utilizamos la entrevista, -técnica de investigación científica-, cuya característica principal consiste en que el investigador obtiene de cada individuo-caso, una respuesta verbal a una serie de cuestiones previamente elaboradas. La presente entrevista siguió las etapas que a continuación mencionamos:

CUADRO NUM. 20
DISTRIBUCION DE LAS USUARIAS QUE ASISTEN A CONSULTA
POR RANGOS DE EDAD Y POR CENTROS DE FEPAC.

Edad \ Centro	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	TOTAL
Villa	32	60	45	28	17	6	6	194
Tlacotal	15	28	22	14	8	3	3	93
Peñón	28	52	39	25	16	6	6	172
Iztapalapa	30	55	41	26	16	6	6	180
Patriotismo	9	17	13	8	5	2	2	56
Xochimilco	16	29	22	14	8	3	3	95
Olivar del Conde	10	18	14	9	5	2	2	60
Portales	8	14	11	7	4	2	2	48
Zaragoza	20	38	29	18	12	5	5	127
Tlalpan	10	18	14	8	5	2	2	59
Atzacualco	23	42	32	20	12	4	4	137
Tizapán	9	17	12	8	5	2	2	55
Naucalpan	31	58	44	28	17	6	6	190
Netzahualcoyotl	7	13	10	6	4	1	1	42
T O T A L	248	459	348	219	134	50	50	1508*

* Este total es superior al número de casos de la muestra, por ajustes necesarios (ver pág. 148).

1a.- Entrevista abierta: Se recolectó la información acerca del problema planteado en esta investigación: la actitud de la mujer en relación a la esterilización voluntaria, se procedió a través de la entrevista abierta que se aplicó a un reducido grupo de usuarias y se solicitó la opinión de algunos médicos de los centros de FEPAC quienes fueron seleccionados al azar con el objeto de obtener información sobre la forma en que la población comprendía el lenguaje utilizado en el cuestionario. Este tipo de entrevista fue utilizado porque posibilita el abarcar, indistintamente, a todo tipo de persona, independientemente de su nivel cultural, basta sólo con su disposición para contestar, y además, permite la duplicidad de la técnica por terceras personas y su comprobación, por lo que sus resultados suelen ser confiables. Tomando como base la información obtenida en las entrevistas se pasó a la etapa siguiente.

2a.- Elaboración del instrumento: La decisión para la elaboración del cuestionario no fue fácil, ya que en un principio se tuvo la idea de integrarlo a base de fotografías, por varias razones: a) es un tema difícil de explorar con preguntas escritas puesto que pueden contestarse sin

reflexión, por el deseo compulsivo de la usuaria de terminar con la situación que implica una entrevista, b) la fotografía o imagen provoca mayor interés -que el lenguaje escrito- en las personas a quienes se dirige el cuestionario; y c) contiene preguntas dirigidas a la mujer en general, manifestándose una mayor confianza para responder que cuando se dirigen directamente a la persona que contesta el cuestionario.

No fue posible elaborar el cuestionario de esta forma, pues ello requería de tiempo y costo de los cuales no disponíamos. Por tales razones, solicitamos la colaboración de un diseñador para representar por medio de dibujos las preguntas del cuestionario sobre actitudes.

Finalmente y después de una segunda prueba piloto, el cuestionario precodificado quedó integrado por dos partes: la primera contiene 16 preguntas generales que proporcionan las características socio-económicas de la población muestreada, esta parte a su vez se subdivide en: a) aspectos demográficos que incluye datos como la edad, escolaridad, estado civil, número de hijos vivos y religión; y b) aspectos económicos con datos de ocupación y de ingresos familiares, tipo de casa y número de cuartos, etc. La

segunda parte del instrumento contiene 23 preguntas cerradas,* en base a representaciones gráficas, de aspectos acerca de la información y conocimiento del término y del método de la esterilización voluntaria (Ver anexo I). Cada pregunta fue elaborada para explorar qué aspectos influyen más en la mujer para la decisión de operarse, aspectos de origen personal y social.

Cabe aclarar que durante estas dos etapas de prueba se vió la necesidad de replantear las preguntas con un vocabulario accesible para ellas, ya que se detectó que las mujeres no conocían el término ESTERILIZACIÓN por lo que fue necesario substituirlo por "operación o ligadura de trompas" o "atadura de las trompas" para la comprensión de los términos utilizados.

3a.- Prueba del cuestionario: Ya integrado y diseñado el instrumento se procedió a probarlo, para ello se asistió a varios centros de FEPAC seleccionados al azar; en ellos se aplicó el cuestionario individual-

* Preguntas cerradas.- Dejan escasas formas de contestar, proporcionan la posibilidad de responder únicamente a un simple sí o no. Chavero, Adrián "El ingreso familiar entre los estudiantes de educación media. Metodología y análisis de una encuesta". Tesis Profesional, Facultad de Economía, UNAM, 1976, p. 14.

mente a varias mujeres y gracias a este procedimiento se hicieron los ajustes necesarios, para así obtener el cuestionario definitivo.

4.1.6.- Administración del Instrumento.

Recopilar las respuestas de 1508 mujeres requirió de nueve personas, de las cuales dos eran investigadoras de la Fundación cuyo trabajo consistió en supervisar la aplicación, para lo cual generaron instrucciones a las siete encuestadoras para el correcto manejo del instrumento, y participaron también en el relevamiento de la información y en el control del número de cuestionarios aplicados en cada centro.

Los criterios usados en la elección del personal para participar en la encuesta fueron: 1) ser del sexo femenino para no crear conflictos en las mujeres al ser entrevistadas por personas del sexo masculino, y tener así mayor confiabilidad en los datos proporcionados; 2) con una escolaridad mínima de preparatoria, se trabajó con una persona a nivel de bachillerato y cinco pasantes, de diferentes carreras humanísticas.

El entrenamiento a las entrevistadoras para la aplicación del cuestionario consistió en adentrarlas en la temática a tratar para lo cual se les proporcionó en primer lugar, los cuestionarios y se les interiorizó con los aspectos de definición de conceptos (ver anexo II) y explicación acerca de la esterilización voluntaria en ambos sexos con énfasis en la femenina (ver anexo III).

Para fines de la encuesta y facilitarla, los centros, según su ubicación, se clasificaron en dos grupos: el Grupo I, quedó formado por los siguientes centros de planificación familiar: La Villa, El Peñón, Zaragoza, Atzacualco, Naucalpan y Netzahualcoyotl; el Grupo II por: Tlacotal, Iztapalapa, Patriotismo, Xochimilco, Olivar del Conde, Portales, Tlalpan y Tizapán; levantándose la encuesta simultáneamente en ambos grupos. Por lo general se trabajó con una encuestadora por centro, únicamente en aquellos en que la asistencia era elevada, se dejaron dos encuestadoras. En la mayoría de los casos se entrevistaba, mientras la usuaria esperaba la consulta y en ocasiones después de ella, el lugar de la entrevista fue generalmente en la sala de espera, en algunos centros se contó con un lugar exclusivo para que

las entrevistadoras realizaran su trabajo. Se cuidó que las pacientes no escucharan las preguntas y respuestas de las demás con el fin de evitar la contaminación de información. La aplicación del cuestionario fue de 10 minutos por usuaria, la etapa de recopilación de opiniones abarcó un período de 21 días hábiles.

Las entrevistas fueron exitosas ya que el 99.9% de las mujeres accedió a proporcionar su opinión. Por otro lado, no se presentaron dificultades para cubrir la muestra de las edades de 25 hasta 49 años; sin embargo, a las usuarias de 15 a 24 años fue casi imposible entrevistarlas, debido a la mínima afluencia de mujeres de esta edad a los centros de Planeación Familiar, pero gracias a la cooperación del personal médico de los centros, quienes las citaban en una fecha especial para ello, se logró entrevistar a 541 mujeres que representan el 75% de la muestra de las mujeres de 15 a 24 años.

Por las circunstancias anteriormente mencionadas, este estrato de la muestra sufrió las modificaciones expuestas en el siguiente cuadro:

Cuadro Núm. 21.

Muestra final incluida en el análisis de esterilización.

Clínicas Edad.	Izta pala pa. 0005	Xochi milco 0007	Tiza pan. 0020	Por- ta- les. 0009	Pa- trio tis- mo. 0006	Olivar del Conde 0008	Tlal pan. 0015	Tzaco tal. 0003	Atza coal co. 0019	Vi- lla. 0001	Pe- ñón. 0004	Nau- cal- pan. 1401	Zara goza 0012	Netza hual- co- yotl. 1406	TOTAL
15 - 19	32	10	9	3	3	1	3	8	9	10	25	13	17	3	146
20 - 24	58	18	17	18	11	6	17	17	29	37	53	60	39	15	395
25 - 29	44	23	12	13	13	13	14	22	34	44	41	46	31	11	361
30 - 34	28	15	10	13	12	3	10	18	21	28	26	30	19	8	241
35 - 39	19	8	5	8	11	7	4	10	14	17	18	19	14	7	161
40 - 44	7	4	2	4	7	1	2	6	8	7	8	8	6	3	73
45 - 49	7	3	3	2	3	-	4	3	5	5	8	7	6	-	56
TOTAL	195	81	58	61	60	31	54	84	120	148	179	183	132	47	1433

4.1.7.- Procesamiento de datos.

Cada una de las respuestas contenidas en el cuestionario fue codificada dando un valor mínimo a cada respuesta para hacer posible el manejo estadístico de los datos. Se diseñó un programa computarizado que fue llevado a cabo en el Centro de Cálculo de la UNAM. Se obtuvieron los listados de frecuencias simples acumuladas, mediante las cuales se obtuvo un panorama general de los datos. Una vez obtenidos a nivel descriptivo los resultados, se procedió a elaborar nuevos cuadros estadísticos que buscaron establecer la relación entre la frecuencia de cada respuesta con la variable edad ya que una de nuestras hipótesis es: "la edad cronológica de la mujer usuaria de FEPAC, es un factor fundamental en la disposición para esterilización". De aquí que la edad considerada como variable principal se presentó en siete grupos de intervalos -recordaremos que se eligieron las edades en que la mujer participa activamente en la fecundidad- que fueron los estratos de 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44 y 45 a 49 años. El análisis estadístico de los resultados obtenidos a través de los cuadros de distribución de frecuencias simples, que correspondieron a

las respuestas dadas por las mujeres integradas en los diferentes grupos de edad, hizo necesario reducir los intervalos de clase, ya que su cruce, tal como se distribuyeron las cohortes de edad, con las demás variables proporcionaron un análisis cuyos datos dispersos no permitían profundizar lo suficiente para obtener resultados óptimos. Para determinar la reducción de intervalos se recurrió al procedimiento utilizado y desarrollado por el Dr. José Gómez Robleda. "Este procedimiento consiste en comparar la diferencia entre las proporciones y la medida $2\sigma_{1,2}$ y que corresponde al doble de la desviación media de los porcentajes. Se trata por lo tanto de un procedimiento de desviación de dos muestras con N diferente, o sea, dos anchos de intervalo de la curva normal, un promedio algebraico que elimina el riesgo de obtener comparación de promedios que pudieran resultar alterados por el número de casos diferentes".

"En una distribución normal, la desviación media cuadrática está dada por $\sigma = \sqrt{npq}$ donde "n" es el número de casos, "p" la probabilidad de que ocurra un evento, "q" la probabilidad de que no ocurra este evento, esta cantidad depende del número de casos..... entonces si exis-

ten dos desviaciones por relacionar tendríamos:

$$\sigma_1 = \sqrt{n_1 p q} \quad \text{y} \quad \sigma_2 = \sqrt{n_2 p q}$$

elevando al cuadrado ambas expresiones y dividiendo entre el número de casos

$$\frac{\sigma^2}{n_1} = \frac{\cancel{n_1} p q}{\cancel{n_1}^2} = \frac{p q}{n_1} \quad \text{y} \quad \frac{\sigma^2}{n_2} = \frac{\cancel{n_2} p q}{\cancel{n_2}^2} = \frac{p q}{n_2}$$

es de notarse que las cantidades

$$\frac{\sigma_1^2}{n_1} \quad \text{y} \quad \frac{\sigma_2^2}{n_2}$$

no dependen del número de casos y por lo tanto son paramétricos convenientes de usar.

Sumando miembro a miembro las dos ecuaciones anteriores

$$\frac{\sigma_1^2}{n_1} + \frac{\sigma_2^2}{n_2} = \frac{p q}{n_1} + \frac{p q}{n_2}$$

sacando raíz

$$\sqrt{\frac{\sigma_1^2}{n_1} + \frac{\sigma_2^2}{n_2}} = \sqrt{\frac{pq}{n_1} + \frac{pq}{n_2}}$$

esta última ecuación indica una manera de promediar dos distribuciones normales con diferente número de casos.

Se induce la definición

$$2\sigma_{1,2} = 2\sqrt{\frac{pq}{n_1} + \frac{pq}{n_2}}$$

es una desviación promedio de las dos desviaciones originales, la cual elimina el problema de diferente "N".

Por lo tanto si la diferencia entre los porcentajes ($P_1 - P_2$) es igual o mayor que dos veces $\sigma_{1,2}$ esta proporción resulta significativa porque el valor obtenido queda fuera del intervalo fijado al promediar las dos proporciones y situarlos en la curva normal..... este criterio

es aplicable para muestras que tienen un total de más de diez casos..."⁽⁵⁰⁾

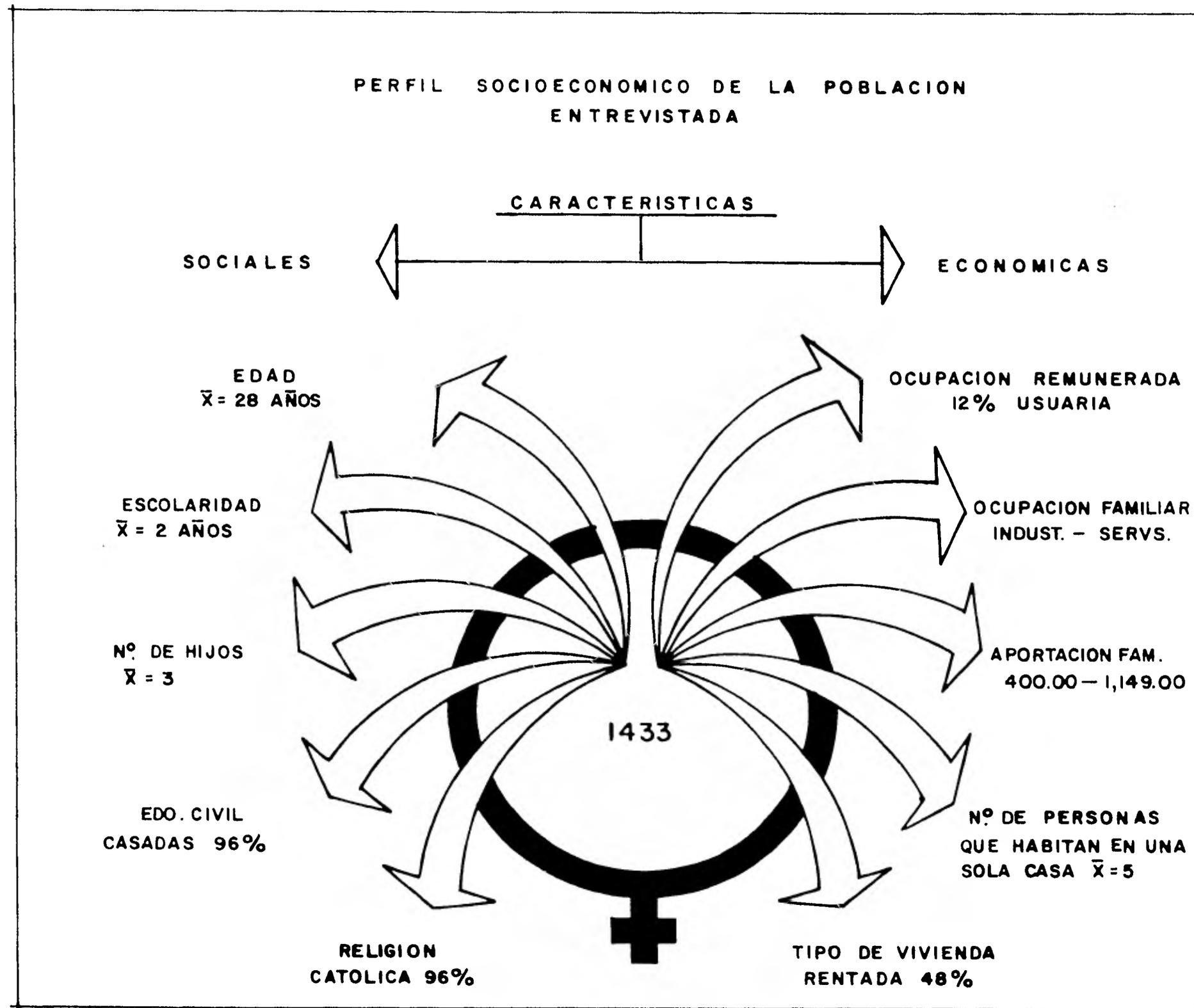
Una vez efectuado este procedimiento estadístico se concluyó que la edad, en este grupo de mujeres, no es significativo para tener una determinada actitud en cuanto a la disponibilidad hacia la esterilización por lo que se procedió a analizar cada una de las variables para elaborar cuadros bivariados y trivariados en donde se relacionan dos y tres variables, es decir, cada una de las 23 preguntas de actitudes de la segunda parte del cuestionario se relacionaron con las 16 de la primera parte, seleccionando para su análisis las que consideramos de relevancia en este estudio, obteniéndose en cada uno de esos cruces, coeficientes de correlación gama y \bar{X} (chicuada) cuyos resultados se dan a conocer en el capítulo siguiente.

(50) Tovar R., Aurora. El Adolescente y el Científico. La percepción social del científico en los adolescentes de escolaridad media. TESIS Profesional, Facultad de Psicología, UNAM, 1976, pp. 47, 48 y 49.

"Los niños son creados por Dios, en consecuencia él los alimentará".

Martín Lutero.

GRAFICA NUM. 5



CAPITULO V. EXPOSICION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

5.1.- Perfil socio-económico de la población encuestada.

5.1.1.- Características sociales.

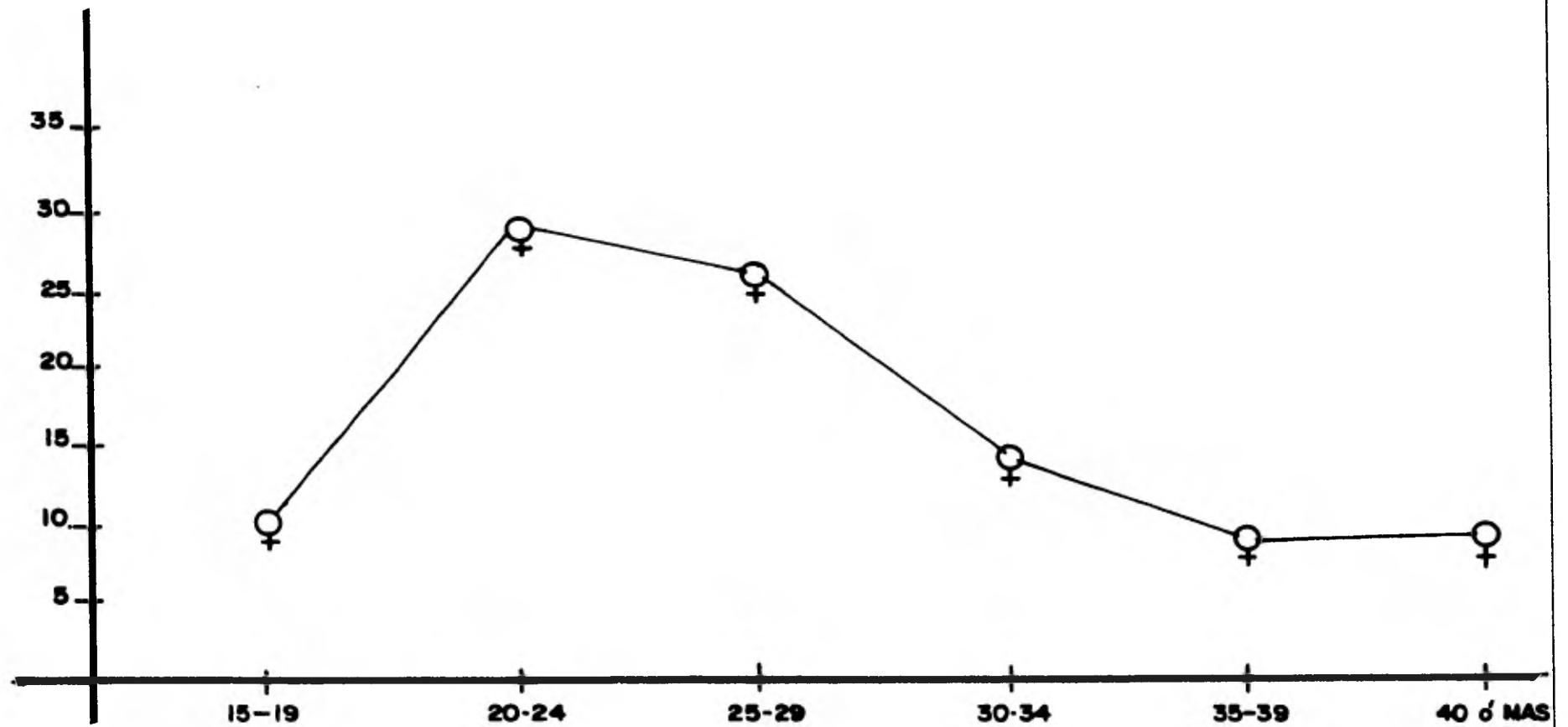
5.1.1.1.- Edad.

En virtud de que la muestra debería comprender solamente mujeres en edad fértil, se entrevistaron aquellas cuyas edades fluctúan entre los 15 y 49 años cumplidos, lo que dió una muestra de 1433 mujeres. El promedio estadístico de la edad es de 28 años y el mayor número de casos se encuentra en el grupo de 20 a 24 años. (Ver anexo 5.1)

Para los fines de trabajo y por las razones expuestas en el capítulo precedente, en los cruces de variables de edad se redujo a cuatro grupos, ya que no se encontró diferencia entre los grupos de edad, por lo cual la distribución de los casos quedó como sigue:

GRAFICA NUM. 6

EDAD DE LA ENTREVISTADA EN EL MOMENTO DE LA ENCUESTA



CUADRO NUM. 22

EDAD CRONOLOGICA DE LA ENTREVISTADA EN EL MOMENTO DE LA ENCUESTA

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 - 19	146	10.2
20 - 29	756	52.8
30 - 39	402	28.0
40 y más	129	9.0
T O T A L	1433	100.0

Como se observa, la mayor concentración de la población corresponde con el 52.8% en el grupo de edad entre 20 y 29 años, el 28.0% ha quedado ubicado para el conjunto de las mujeres con edad entre los 30 y 39 años; las frecuencias más bajas se dan, tanto para las mujeres más jóvenes como para las más grandes, con un 10% para las primeras y un 9% para las de mayor edad. De estos resultados podemos concluir que las mujeres entrevistadas que participan más activamente en el programa de Planificación Familiar en FEPAC, son las que tienen entre 20 y 39 años de edad, en menor pro-

porción han quedado las de 15 a 19 años, quienes, por lo demás, apenas inician su participación, así como las de 40 o más años, quienes están terminando su etapa reproductiva. El análisis de la población de usuarias de FEPAC entrevistadas, señala que el comportamiento de la edad fértil (15-49) es muy similar al que corresponde a los datos del estudio socio-psicológico de la planificación familiar efectuado por Susan Pick y publicado en 1979, así como al de la Encuesta Mexicana de Fecundidad de 1976 que presentó la Secretaría de Programación y Presupuesto.

5.1.1.2.- Escolaridad.

En cuanto a la escolaridad, nuestra investigación permite señalar que: a) saben leer, escribir y asistieron a la escuela el 88% de las mujeres; b) únicamente el 12% es analfabeta y no tiene ningún año de escolaridad.

La escolaridad varía entre la enseñanza básica (sea incompleta o completa), la enseñanza media o equivalente (1 a 3 años), la enseñanza media superior (incompleta y completa) y la enseñanza superior (con los prime

porción han quedado las de 15 a 19 años, quienes, por lo demás, apenas inician su participación, así como las de 40 o más años, quienes están terminando su etapa reproductiva. El análisis de la población de usuarias de FEPAC entrevistadas, señala que el comportamiento de la edad fértil (15-49) es muy similar al que corresponde a los datos del estudio socio-psicológico de la planificación familiar efectuado por Susan Pick y publicado en 1979, así como al de la Encuesta Mexicana de Fecundidad de 1976 que presentó la Secretaría de Programación y Presupuesto.

5.1.1.2.- Escolaridad.

En cuanto a la escolaridad, nuestra investigación permite señalar que: a) saben leer, escribir y asistieron a la escuela el 88% de las mujeres; b) únicamente el 12% es analfabeta y no tiene ningún año de escolaridad.

La escolaridad varía entre la enseñanza básica (sea incompleta o completa), la enseñanza media o equivalente (1 a 3 años), la enseñanza media superior (incompleta y completa) y la enseñanza superior (con los prime

ros años de una carrera profesional). De acuerdo a esta agrupación los resultados son: a) sin estudios (cero años), con el 12% de la población; b) instrucción primaria (incompleta de 1 a 5 años, 32%; completa que obtuvo el certificado, el 31%); c) enseñanza media (incompleta el 11%, completa el 12%); d) enseñanza media superior (incompleta el 1% y completa el 1%); y e) enseñanza superior (incompleta menos del 1%). Unicamente el 2% de las mu jeres tiene más de 9 años de escolaridad. (Ver anexo 5.2).

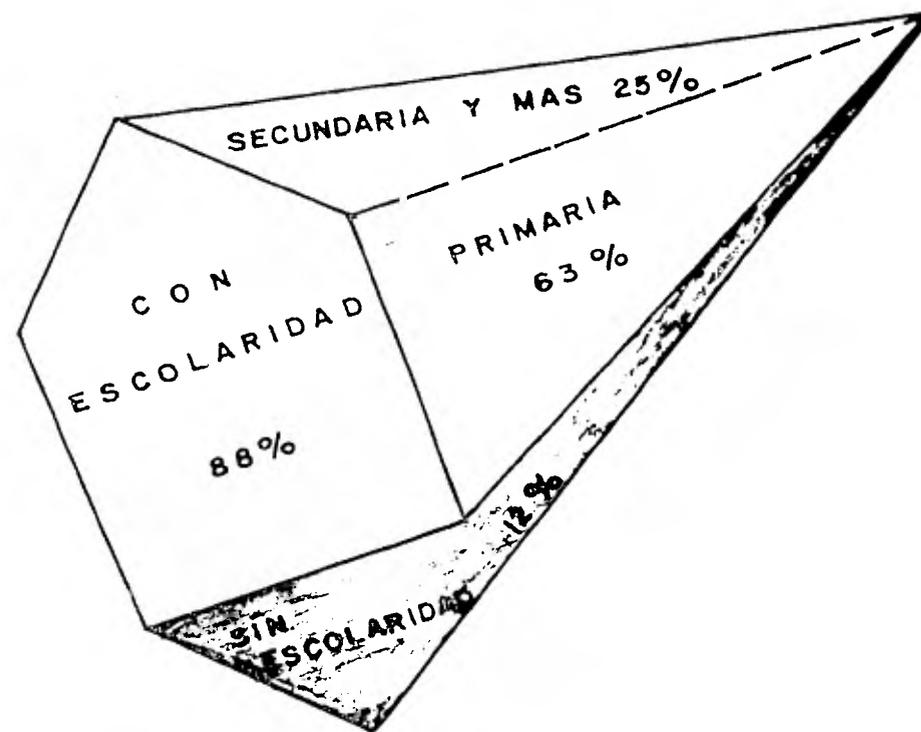
La media estadística de la escolaridad es de $\bar{X} = 2$ años y la mayor frecuencia se encuentra en quienes terminaron la instrucción primaria.

5.1.1.3.- Estado Civil.

La colocación en el cuestionario de los conceptos del estado civil se sortearon para evitar que la entrevistadora sugiriera o influyera en la respuesta de la entrevistada. Se incluyeron siete tipos de relación: unión libre, soltera, viuda, abandonada, divorciada, casada y separada (ver definición de conceptos en el anexo II).

GRAFICA NUM. 7

ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS



Los resultados son los siguientes: del total de las entrevistadas el 85% respondió estar casada por lo civil y por la iglesia o bien solamente por una de las dos formas; el 11% vive en unión libre y el 4% restante se divide entre soltera 2%, separada 1%, viuda, abandonada y divorciada 1%. Los datos del estado civil se clasifican en dos grandes grupos: las mujeres CASADAS y las mujeres NO CASADAS (soltera, viuda, separada, abandonada, divorciada), ver Cuadro Núm. 23.

5.1.1.4.- Número de hijos vivos.

El 3% no tiene hijos y el 97% sí los tiene. El número de hijos vivos fluctúa de uno hasta 13 como máximo; el promedio es de tres hijos por mujer, y la mayor frecuencia está en el grupo de quienes tienen entre uno y cuatro hijos (75%), ocupa el segundo lugar las que tienen cinco o más hijos (22%) y únicamente el 3% no tiene hijos. Ver Cuadro Núm. 24.

CUADRO NUM. 23
ESTADO CIVIL DE LA MUJER ENTREVISTADA

Frecuencia		Núm. casos en Absolutos	%
Edo. Civil			
Casadas		1216	85.0
Unión libre		152	11.0
NO CASADAS	Soltera	29	2.0
	Viuda	4	0.3
	Abandonada	8	0.6
	Divorciada	2	0.1
	Separada	20	1.0
T O T A L		1433	100.0

5.1.1.5.- Religión.

Las respuestas acerca de la religión se clasificaron en tres grupos: 1) católicas, 2) protestantes y 3) sin religión. En el grupo de católicas se hizo la distinción entre practicantes (confiesan y comulgan) y no practicantes, pero creyentes (no se confiensan ni comulgan); el prime-

CUADRO NUM. 24
 NUMERO DE HIJOS VIVOS DE LA ENTREVISTADA

Número de hijos vivos		F. Absolutas	F. Relativas
SIN HIJOS		39	2.7
C O N H I J O S	1 - 2	650	45.4
	3 - 4	429	29.9
	5 - 7	207	14.5
	8 - 9	59	4.1
	10 ó más	49	3.4
T O T A L		1433	100.0

ro representa el 56% y el segundo el 40% respectivamente; el 4% restante se divide en: 3% que corresponde a las protestantes y 1% a quienes se declararon no pertenecer a ninguna religión (ver anexo 5.3). Era de esperarse que quienes pertenecen al primer grupo asistieran con frecuencia a la iglesia, ya fuera diario o por lo menos cada ocho días; sin embargo, una mayoría (52%) manifestó asistir al templo o a la iglesia una vez al mes o sólo cuando se festejaba algo (bodas, bautizos, aniversarios o fiesta de la iglesia).

El porcentaje de quienes pueden considerarse practicantes (asistencia diaria o cada semana) es del 45% de la población entrevistada.

CUADRO NUM. 25
TIPO DE RELIGION DE LA MUJER ENTREVISTADA

Asistencia a la Iglesia Tipo de religión		Diario y cada 8 días		Una vez al mes o festeja algo		Nunca		T o t a l	
		Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
I Católica	Practicante	448	32	353	25	2	0.1	803	56
	No practicante	168	11	380	26	24	2	572	40
II Protestante		26	2	9	0.6	7	0.5	42	3
III Sin religión		-	-	-	-	16	1	16	1
T O T A L		642	45	742	52	49	3	1433	100

5.1.2.- Características económicas.

5.1.2.1. Ocupación.

Se encontraron 66 diferentes tipos de ocupación para el jefe

de familia, 18 para la usuaria y 34 para los contribuyentes, por lo que se hizo necesario su clasificación según sus características y de acuerdo a los sectores económicos: el agropecuario, el industrial, el de servicio y otros (ver anexos IV, V y VI). En cuanto al tipo de trabajo, éste se agrupó en: fijo y eventual con aportación desde menos de \$99.00 hasta \$4,449.00 a la semana.

5.1.2.1.1.- Jefe de familia.

Se encontró que el 97% de los jefes de familia tienen ocupación remunerada, el 2% no trabaja y del 1% restante no se obtuvo el dato.

La ocupación del jefe de familia en el sector agropecuario fue del 0.6% debido fundamentalmente a que la investigación se efectuó en zona urbana. Para el sector industrial y de servicios se encontraron porcentajes similares (49% y 47% respectivamente). El tipo de trabajo se concentró en fijo (58%) y el eventual (39%). (Ver anexos 5.4 y 5.5).

5.1.2.1.2.- Usuaria.

De las 1433 usuarias entrevistadas, únicamente 171 manifestaron tener una ocupación remunerada, ellas representan el 12% del total y de esa cifra el 1% está ocupada en el sector industrial y el 11% desempeña labores en el sector servicio; principalmente en labores domésticas (5%), comerciante (2%) y otras actividades (4%), este trabajo es fijo para el 5.6% de las usuarias y eventual para el 5.7% en el resto de los casos no fue posible precisar el dato (ver anexos 5.6 y 5.7).

5.1.2.1.3.- Otros contribuyentes.

Además del jefe de familia y de la usuaria, otros miembros que conviven en la familia -sean parientes o no- contribuyen al sostenimiento (8%); la actividad que realizan es un trabajo fijo en el 60%, en el 34% de tipo eventual y en el 6% no se obtuvo el dato. Las ocupaciones agrupadas en los sectores económicos van del 60% en los servicios, 38% en la industria y sólo el 2% en el sector agropecuario, como se observa en el siguiente cuadro:

CUADRO NUM. 26

OCUPACION Y TIPO DE TRABAJO DE LOS CONTRIBUYENTES

Contribuyente		Contribuyente 1		Contribuyente 2		Contribuyente 3		Total	
		A	%	A	%	A	%	A	%
Tipo de trabajo	Fijo	52	46	12	11	3	3	67	60
	Eventual	23	21	11	10	4	3	38	34
	s/d	6	5	1	1	-	-	7	6
T O T A L		81	72	24	22	7	6	112	100
Tipo de ocupación por sector	Industrial	31	27	9	8	3	3	43	38
	Servicios	48	43	15	14	4	3	67	60
	Agropecuario	2	2	-	-	-	-	2	2
Contribuyente		A	%	A	%	A	%	A	%
Tipo de Ocupación		1 Contribuyente		2 Contribuyente		3 Contribuyente		Total	

5.1.2.2.- Aportación al gasto familiar.

La aportación semanal al gasto familiar varía de \$99.00 a \$4,449.00 distribuyéndose como sigue: a) el 9% para quienes aportan de menos de \$99.00 a \$399.00; b) el 77% aporta de \$400.00 a \$1,149.00; c) el 13% para \$1,150.00 hasta \$2,449.00 y d) únicamente el 1% para quienes aportan de \$2,450.00 a \$4,449.00. (Ver anexo 5.8).

5.1.2.2.1.- Jefe de familia.

En lo que se refiere a la aportación de dinero semanal a los gastos familiares proporcionado por el jefe de familia es:

\$	%
menos de 100 a 399	12
de 400 a 849	66
de 840 a 4449	22

5.1.2.2.2.- Usuaría.

Aportan al gasto familiar semanalmente la cantidad de menos de \$100.00 a \$2,449.00, distribuyéndose estas cantidades de la siguiente manera:

	\$	%
menos de	99 a 399	46.7
de	400 a 1149	46.7
de	1150 a 2449	3.3
	sin dato	3.3

5.1.2.2.3.- Otros contribuyentes.

En los resultados obtenidos se encontró que sólo el 8% de las mujeres reciben gasto de otros miembros de su familia, contribuyen de una hasta tres personas además del jefe de familia y/o la propia entrevistada.

5.1.2.3.- Tipo de casa de la entrevistada.

La mayoría de la población entrevistada habita casa por la que paga determinada cantidad de renta, casi siempre mensualmente; otra parte de la población vive en casa propia o está pagando para que le pertenezca, y una menor proporción habita en casas prestadas (no paga renta, ni la está abonando). En cifras relativas, la familia a la que pertenece la usuaria habita casa rentada en el 48%, el 34% en propia y el 18% en prestada. (Ver anexo 5.9). Las casas habitación tienen de uno a nueve cuartos, el promedio de habitaciones es de tres por casa. El 14% manifestó habitar en un solo cuarto, el 57% de la población habita en casas con dos o tres cuartos en tanto que el 29% restante habita en casa con cuatro o más cuartos (ver anexo 5.10).

El promedio de personas que habitan en una casa es de cinco, la mayor frecuencia se localiza en tres a seis miembros que conviven en una misma casa, quienes representan el 72%, y de dos o siete y más personas constituyen únicamente el 28% del total de entrevistadas. (Ver anexo 5.11).

5.2.- Conocimiento del método y del "término" esterilización.

Consideramos que un primer paso importante en este estudio consiste en poder detectar el grado de conocimiento que las usuarias poseen acerca del método de esterilización; para determinar este grado de conocimiento se elaboraron preguntas que clasificamos en: a) preguntas de conocimiento, b) preguntas de identificación, y c) preguntas acerca del significado del término esterilización; se hicieron las siguientes preguntas respectivamente: "¿Sabe usted de un método para nunca volver a embarazarse?", el 80% sí lo identifica como vasectomía y ligadura de trompas y el 20% no lo identifica ya que lo confunde con los métodos temporales de contracepción (ver anexo 5.12). Para conocer cuál es el significado que tiene para la usuaria el método y término "esterilización" se le plantearon las siguientes preguntas: "¿Qué de bueno tiene operarse?", a lo que el 81% de las respuestas indica que sí conoce el significado y el 19% no; "¿Qué ventajas tiene operarse o ligarse?", el 80% conoce el significado y el 20% no lo conoce (ver anexos 5.13 y 5.14).

En base a lo expuesto anteriormente los resultados en relación al conocimiento, identificación y connotación semántica del método de esterilización voluntaria se clasifican en los siguientes grupos:

Grupo I	Sí lo conocen, si lo identifican y sí saben su significado = 67%
	Sí lo conocen, sí lo identifican y no saben su significado
	Sí lo conocen, no lo identifican y sí saben su significado
Grupo II	No lo conocen, sí lo identifican y sí saben su significado = 26%
	Sí lo conocen, no lo identifican y no saben su significado
	No lo conocen, no lo identifican y sí saben su significado
	No lo conocen, sí lo identifican y no saben su significado
Grupo III	No lo conocen, no lo identifican y no saben su significado = 7%

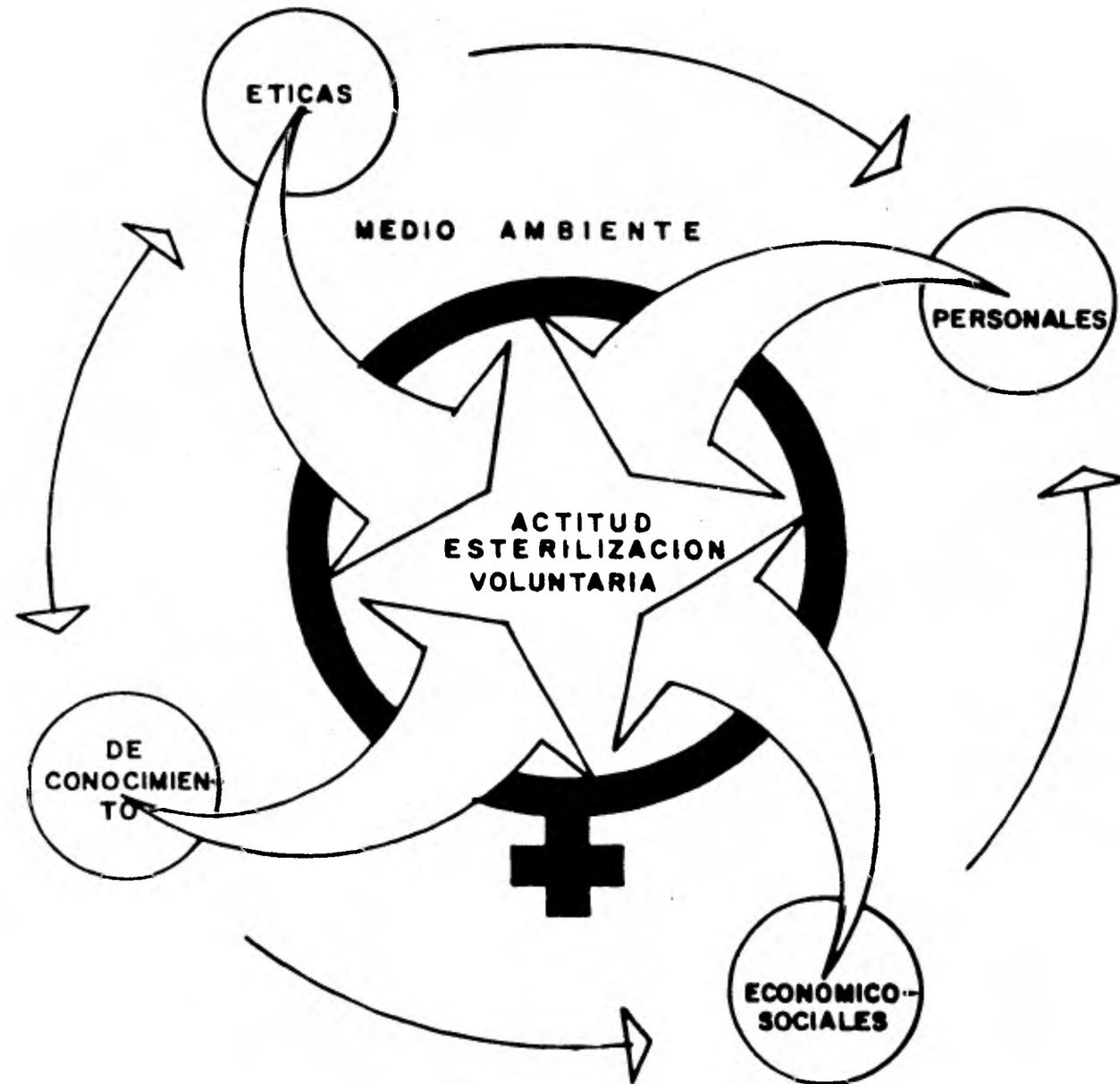
El grupo I incluye a las mujeres que comprenden totalmente el concepto de esterilización (67%). El grupo II se compone de aquellas que poseen sólo una noción parcial del concepto esterilización, sea a través de su conocimiento, sea por medio de su identificación gráfica o bien por el

significado del término (26%) y el grupo III está constituido por quienes carecen de elementos básicos acerca de este concepto (7%).

Era de esperarse que debido a estar tratando con mujeres usuarias de los programas de Planificación Familiar, un alto porcentaje (ver anexo 5.15) como resultó (81%), tendría conocimiento acerca del método quirúrgico, sea que sólo lo haya identificado o bien que tenga un claro significado del término. La conclusión anterior no garantiza que su conocimiento sobre el método se deba al tiempo de asistencia a estos centros (ver anexo 5.16) ya que en la pregunta que se refiere al medio de información acerca de los métodos quirúrgicos se obtuvo que el 46% de las usuarias lo recibieron en los centros de FEPAC y el 54% restante manifestó conocerlo a través de otros medios de información tales como los representados por los familiares, las amistades y las instituciones de salud pública. (ver anexo 5.17).

GRAFICA NUM. 8

SUMA DE EXPERIENCIAS QUE DETERMINAN LA
ACTITUD PARA ESTERILIZARSE



5.3.- Actitudes.

Para analizar la parte del cuestionario que se refiere a las actitudes y exponer los resultados, las preguntas de esta sección se clasificaron en: 1) "Personales", rubro que incluye las opiniones y actitudes propias de la usuaria en relación al número de hijos y a su disposición para operarse, así como las que consideramos con algún grado de distorsión, entendiéndose por este término aquellas opiniones o actitudes que resultan de juicios previos. 2) "Sociales", integradas por las preguntas sobre actitudes y opiniones que se relacionan con su ambiente familiar y sus creencias religiosas.

A continuación se analiza cada sección por separado.

5.3.1.- Actitudes de carácter personal frente a la esterilización voluntaria.

5.3.1.1.- Hijos adicionales.

A las 1433 mujeres entrevistadas, se les preguntó si deseaban

tener más hijos, las respuestas fueron: el 58% manifestó no querer más hijos adicionales, el 27% desea uno más, el 12% dos hijos más y el 3% desea tener tres o cuatro hijos más, debido a que son mujeres que aún no tienen hijos vivos; si bien también hay usuarias que, teniendo más de cuatro hijos (3%), no consideran haber satisfecho su instinto maternal y desean incrementar su reproducción (ver anexo 5.18).

5.3.1.2.- Hijos ideales.

A la pregunta del número ideal de hijos que se debe tener para proceder a la esterilización, la mayor frecuencia de respuestas (46%) se centró en el número de tres hijos aunque hay quienes creen que es mejor operarse con dos hijos (23%), otro grupo (20%) con cuatro hijos, un 9% opinó que con cinco y seis, y sólo un 2% consideró que deben operarse con un hijo. (Ver anexo 5.19).

5.3.1.3.- Edad ideal.

La edad fue considerada como un factor básico en este tipo de intervención quirúrgica, la actitud en ese aspecto indica que: el 63% expresaron que la mejor edad para ligarse es en la edad adulta, el 23% en la edad joven y el 14% consideró que la edad no es relevante en la decisión de operarse. Se consideró como edad adulta de 30 a 49 años y como edad joven de 15 a 29 años (ver anexo 5.20).

Para optar por la esterilización, sabemos que, por un lado, interviene el número de hijos y por otro la edad de la mujer; ahora bien, para conocer a cual de las dos opciones la usuaria le presta más importancia se le preguntó: "¿Qué influye más para que la mujer se opere?", el 60% contestó que el número de hijos, el 18% que la edad y el 22% que las dos opciones son importantes en la decisión de operarse (ver anexo 5.21).

5.3.1.4.- Disposición para operarse.

En esta investigación uno de los principales puntos consiste

en poder conocer la actitud respecto a la disposición de la mujer usuaria hacia la esterilización, es por ello que se plantearon dos preguntas en diferentes partes de la encuesta. La primera, en su inicio, dice: "¿Le gustaría operarse?", los resultados obtenidos fueron: el 32% aceptó someterse a esta operación en tanto que el 68% se negó a ella. Para confirmar esta opinión se le planteó, ahora al final de la encuesta, la pregunta: "¿Usted se operaría?", se esperaba que los resultados fueran similares; sin embargo, no fue así, ya que el 75% sí está dispuesta a esterilizarse y solamente el 25% no lo está (ver anexos 5.22 y 5.23).

Atribuimos este considerable cambio de actitud en favor de la esterilización a que: a) durante la entrevista se le proporcionó información adicional acerca del método, información de la cual carecía parte de las usuarias, permitiéndoles apreciar así las ventajas de este método, b) en el transcurso de la encuesta se adquirió confianza para expresarse sin temor, en especial, gracias a la técnica empleada y c) se le proporcionó una minieducación, la cual le permitió tomar en cuenta las ventajas de dicha operación.

5.3.1.5.- Con posible distorsión.

5.3.1.5.1.- Selección del sexo para esterilizarse.

En México, el hombre, como es bien sabido, descarga la mayor parte de sus responsabilidades dentro del hogar en la mujer, principalmente en lo que se refiere a la educación de los hijos y al uso de algún método anticonceptivo y considera que él no tiene porque someterse al método definitivo de control. Para apoyar lo antes mencionado se incluyó la pregunta: "¿Quién de los dos es mejor que se opere: la mujer, el hombre o cualquiera de los dos?", como se desprende de los resultados, las mujeres continúan considerando que deben ser ellas quienes se controlen (39%), aunque ya existe también un amplio sector que opina que los dos miembros de la pareja son quienes deben hacerlo (39%); además, hay quienes opinan que el hombre (27%) debe preocuparse también por no incrementar más el número de hijos (ver anexo 5.24).

5.3.1.5.2.- Preferencia para la esterilización entre las mujeres económicamente activas e inactivas.

Se buscó la opinión de las mujeres entrevistadas sobre la disponibilidad hacia la esterilización de acuerdo al tipo de ocupación que se desempeñe: las activas (trabajo remunerado) y las inactivas (trabajo no remunerado); los resultados indican que este factor no es determinante en la decisión de operarse, ya que el 76% así lo expresó. Lo anterior indica que el problema de la procreación es tanto de la mujer que trabaja fuera del hogar como de la que se dedica a éste, ya que sólo el 13% manifestó que las que deben operarse son las inactivas económicamente y el 11% que son las activas. Atribuimos estos resultados al hecho de que el 88% de las entrevistadas pertenece al grupo de las económicamente inactivas (ver anexo 5.25).

5.3.1.5.3.- Consecuencias postoperatorias.

Posibles factores que están en contra de la esterilización vo-

luntaria.

Uno de los factores por los que la mujer decide no operarse es por temor a las consecuencias postoperatorias que pueden ser:

a) Fisiológicas.- Cuando una vez superadas las molestias propias de la operación se presenta algún trastorno como consecuencia de dicha operación y

b) Psicológicas.- Cuando se presenta un cambio en el estado de ánimo como consecuencia postoperatoria. Para los fines de la investigación estos estados de ánimo se clasificaron en base a un lenguaje accesible para las entrevistadas en: triste, indiferente, contenta y enojada.

En lo que se refiere a los temores fisiológicos, se encontró que el 68% manifestó no tener consecuencias postoperatorias; el 30% expresó tener consecuencias después de la operación y el 2% restante no sabe (ver anexo 5.26).

Por lo que respecta a los temores psicológicos, el 79% de las mujeres opinaron que sí se presentan cambios en el estado de ánimo, y el 21% restante manifestó no presentarse cambios en el estado de ánimo. (Ver anexo

5.27). Ahora bien, de las que sí presentaron cambios tenemos que para el 83% son favorables -se ponen contentas después de la operación- y para el 17% desfavorables -triste (12%) y enojada (5%)-.

5.3.2.- Actitudes de carácter socio-económico frente a la esterilización voluntaria.

Como se mencionó en el capítulo I las actitudes no son un elemento aislado, ya que están estrechamente relacionadas con otros elementos, tanto psicológicos como sociales; es por ello que en esta investigación se busca considerar las relaciones de la usuaria con su ambiente social, dando le mayor énfasis al medio familiar. Este indicador quedó expresado a través de las preguntas dirigidas al esposo, a los padres del esposo y a los padres de ella.

5.3.2.1.- Medio familiar.

5.3.2.1.1.- Esposo.

A la pregunta: "¿Si usted se operara estaría de acuerdo su se-

ñor?"; los resultados indican que: en el 64% de los casos el esposo sí está de acuerdo en que se lleve a cabo la operación; sin embargo, hay un 36% que no desea que su mujer se opere. (Ver anexo 5.28). Dado esta alta proporción y previéndola, se incluyó una pregunta más que posibilita conocer qué tanto pesa en ella -la usuaria- la opinión de su esposo en cuanto a la determinación de operarse, (se le preguntó si se operaría aun cuando su esposo estuviera en desacuerdo) el 55% respondió que sí lo haría y el 45% que no lo haría (ver anexo 5.29).

5.3.2.1.2.- Familiares de la pareja.

También interesó conocer la influencia y reacción de las familias de la pareja en el caso de que ella optara por la esterilización. Las respuestas que se refieren a la familia del esposo dicen que: el 46% no muestra interés en las decisiones de la preja, el 32% manifiesta una actitud favorable por esta opción y el 22% manifiesta una actitud desfavorable para quien tome esta decisión (ver anexo 5.30). En la familia de ella, el 54% tiene una actitud positiva para que la entrevistada opte por esterilizarse,

el 34% se muestra indiferente en este tipo de decisiones de la pareja y el 12% tiene una actitud negativa (ver anexo 5.31). Cabe aclarar que esta información no se obtuvo directamente con las respectivas familias, únicamente corresponde a la opinión de las entrevistadas y con ello revela algunas de las actitudes que prevalecen en el medio familiar de la usuaria.

5.3.2.2.- Medio económico.

Otros elementos que pueden influir en la decisión de operarse son los de índole económico-social, dentro de ellos se consideraron tres posibles causas:

- 1) Miedo a que el esposo ya no las use o las abandone.
- 2) Falta de dinero para la operación.
- 3) Dejar a sus hijos durante la operación.

El 44% le dió mayor importancia al primero, el 29% al segundo y el 23% al tercero; un 2% consideró importantes los puntos 2 y 3 y el 2% restante consideró que estos factores no representan impedimento alguno para que la mujer se opere (ver anexo 5.32).

5.3.2.3.- Medio religioso frente a la esterilización voluntaria.

En cuanto a las actitudes sobre las creencias religiosas consideramos, por los resultados anteriores de otros proyectos, que son elementos que si bien no son determinantes en la decisión de la mujer para operarse, sí pueden causar ciertos efectos en esta decisión; es por lo que se incluyó la pregunta: "¿Qué les dice el cura a las mujeres que se operan?". El 60% de las mujeres contestó que el cura tiene una actitud de rechazo por aquellas mujeres que se esterilizan, el 39% contestó que hay aceptación por parte del cura y el 1% desconoce la actitud de la iglesia frente a la esterilización (ver anexo 5.33).

Al comparar estos resultados con los encontrados en la pregunta "¿Usted se operaría?", se aprecia que, aún sabiendo que la religión católica no permite el uso de métodos anticonceptivos y tampoco la terminación de la procreación, ellas prefieren utilizarlos con el fin de no incrementar el número de familia.

5.3.2.4.- Medio moral.

Para saber quién tiene más fuerza moral en la decisión de la mujer respecto a la operación se le plantearon tres opciones: el marido, el cura y el doctor, en las siguientes preguntas:

a) "¿Quién se enojaría más si las mujeres se operaran?"; en la que el 57% afirmó que el cura, el 38% que el marido, 2% que el doctor y el 3% considera que ninguno de ellos desaprobaba esta decisión (ver anexo 5.34).

b) "¿Quién se pone más contento si las mujeres se operan?"; el 49% opina que el marido, el 45% que el doctor y el 6% que el cura (ver anexo 5.35).

Por lo que se puede observar, los resultados indican que el peso moral recae principalmente en el marido y que a pesar del rechazo religioso institucional, la mujer tiene actitud positiva hacia el método aquí analizado.

De acuerdo a estos primeros resultados generales consideramos importante hacer un análisis más profundo de los datos, por lo que recurri-

mos a la relación de variables. Cabe aclarar que la secuencia de la exposición de los datos es conforme a la presentación de los resultados anteriores, más no por orden de importancia.

5.4.- Actitudes en relación al perfil socioeconómico.

Al iniciar el presente capítulo, se presentó el perfil socioeconómico de la usuaria, recordaremos que ahí se incluyeron las siguientes variables: edad cronológica, escolaridad, estado civil, número de hijos vivos, religión, ocupación e ingreso familiar y tipo de vivienda. Consideramos que las características socioeconómicas influyen en la mujer para presentar una actitud determinada ante un objeto o tema, en este caso la esterilización voluntaria. Es por ello que en este apartado nos proponemos relacionar algunos indicadores con las variables de actitudes cuyos datos resultaron relevantes para el presente trabajo.

A continuación se exponen los datos correspondientes a las actitudes, clasificadas como:

a) Personales: actitudes propias de la usuaria, como número de hijos ideales y adicionales, disposición para operarse, consecuencias post-operatorias, edad y posible distorsión.

b) Sociales: actitudes provocadas por su medio, como las familiares (su esposo, padres del esposo y padres de la entrevistada).

c) Personales con otras actitudes de su mismo grupo.

d) Sociales con otras actitudes de su mismo grupo.

5.4.1.- Actitudes personales con características del perfil socio-económico.

Hijos adicionales (actitud personal).

--- Con hijos vivos (características socioeconómicas).

Como se mencionó anteriormente, el 58% de las mujeres ya no de sean tener más hijos y el 42% desea tener de uno a cuatro hijos más (ver anexo 5.33), obviamente esto está en relación con el número de hijos vivos, ya que las que tienen mayor número de hijos vivos -de cuatro a trece- desean menos hijos de uno a dos o ya no desean más distribuyéndose sus frecuencias

como sigue:

CUADRO NUM. 27
 NUMERO DE HIJOS VIVOS Y NUMERO DE HIJOS ADICIONALES
 QUE LAS MUJERES ENTREVISTADAS DESEAN

Hijos adicionales		Hijos adicionales que desean las entrevistadas	Número de entrevistadas	Porcentaje con relación al subtotal
Hijos vivos				
HIJOS VIVOS	1	No desean más	35	13%
	19%	1-2	212	79%
		3-4	21	8%
		Subtotal	268	100%
63%	2	No desean más	6	2%
	27%	1-2	221	89%
		3-4	21	9%
		Subtotal	248	100%
17%	3	No desean más	165	69%
	17%	1-2	71	29%
		3-4	4	2%
		Subtotal	240	100%
T O T A L			897	
HIJOS VIVOS 35%	4	No desean más	462	92%
	13	1-2	39	8%
		3-4	-	-
		Subtotal	501	100%
SIN HIJOS 2%	-	No desean más	6	17%
	-	1-2	26	74%
		3-4	3	9%
		Subtotal	35	100%
GRAN TOTAL			1433	

Ahora bien, del total de las entrevistadas (1433 mujeres), el 63% tiene de uno a tres hijos vivos, el 35% tiene de cuatro a 13 hijos vivos y únicamente el 2% no tiene hijos. En el primer grupo (63%), se puede observar claramente que los porcentajes más elevados se encuentran en quienes desean un total de tres hijos vivos (79%, 85% y 69% respectivamente), este resultado apoya nuevamente los anteriores en el que tres es el ideal de hijos para que la mujer acceda a operarse, el 2% que aún no tiene hijos vivos, la mayoría desea dos hijos en total y el 35% que tiene de cuatro a 13 hijos vivos ya no quieren más hijos adicionales (ver anexo 5.36).

Hijos ideales (actitud personal).

--- Con hijos vivos (características socioeconómicas).

Los datos nos indican que, tanto para quienes no tienen hijos como para los que tienen hasta 13, su ideal es de tres, independientemente de los hijos vivos que tenga. La relación de estas variables dieron resultados que indican: a) que las mujeres que presentan relación entre el número de hijos vivos y el número de hijos ideales para operarse, representan

únicamente el 39%, cifra que se distribuye de acuerdo a: las que tienen dos hijos vivos, su ideal es de dos (89.7%), las que tienen tres hijos vivos con tres ideales (87.1%), las que tienen cuatro hijos vivos con cuatro ideales (58.9%), las que tienen cinco hijos vivos, su ideal es de cinco (12.8%), y las que tienen seis y su ideal es de seis (2.5%); es en este grupo en el cual se presenta, posiblemente, la mayor disposición para, en un momento dado, operarse, ya que se puede considerar que han satisfecho su instinto maternal. En el 61% restante no hay coincidencia entre el número de hijos vivos y el de los ideales. Por ejemplo en el grupo que tiene de 7 a 13 hijos, su ideal es de tres hijos (41%), lo que significa que este grupo, ya superó el ideal de hijos y consecuentemente deberían acceder a la operación; sin embargo, la consideran innecesaria debido al alto número de hijos vivos que tienen. Lamentablemente no se registró el número de personas que consideran que, con más de siete hijos y más de 40 años de edad en ellas, era inútil someterse a la operación, aun cuando ellas estuvieran dispuestas a esterilizarse (ver anexo 5.37). Creemos que tendrían que efectuarse estudios más elaborados para provocar un cambio de actitudes hacia

la esterilización voluntaria y así lograr más practicantes en ambos sexos.

--- Con escolaridad de la entrevistada (características socioeconómicas).

Según la agrupación de la escolaridad citada en el perfil socioeconómico en donde el Grupo I quedó integrado por usuarias sin escolaridad, el Grupo II con estudios básicos y el Grupo III con estudios de secundaria o más, tenemos que:

Para el Grupo I el 57% opinó que el número ideal de hijos para operarse es de uno a tres y el 43% es de cuatro o más hijos.

Para el Grupo II el 70% manifestó que de uno a tres hijos y el 30% de cuatro a más.

Para el Grupo III el 80% contestó que de uno a tres y el 20% de cuatro a más hijos.

De estos resultados se concluye que la escolaridad sí influye en el número de hijos ideales para operarse, ya que a medida que aumenta el nivel de escolaridad disminuye el número de hijos ideales para proceder a la operación y se puede concluir también que para los tres grupos de escola

ridad, el número de hijos ideales para operarse es de tres, (36%, 47% y 48% respectivamente). (Ver anexo 5.39).

Consecuencias postoperatorias (actitud personal).

--- Con hijos vivos (características socioeconómicas).

Al preguntarles a las 1433 mujeres sobre las consecuencias post operatorias, el 69% opina que no hay consecuencias, el 30% piensa que sí se presentan y el 1% restante no sabe qué es lo que pasaría. Ahora bien, al clasificar estas respuestas de acuerdo al número de hijos vivos, la mayor concentración de porcentajes se encontró en el conjunto de personas que, aún teniendo de 0 a 13 hijos vivos, contestaron que no hay consecuencias después de la operación; dentro de este grupo, el mayor porcentaje, que fue del 20%, quedó localizado en aquellas mujeres que tienen dos hijos vivos. De lo anterior se concluye que el número de hijos que tenga la entrevistada no tiene relación con su actitud ante las consecuencias de la operación (ver anexo 5.38).

Edad ideal para operarse (actitud personal).

--- Con edad cronológica (características socioeconómicas).

Con el fin de encontrar una posible influencia de la edad cronológica sobre la edad ideal para operarse, se relacionaron estas variables como se aprecia en el Cuadro Núm. 28.

Para el 31.6% de las entrevistadas que tienen de 20 a 29 años (jóvenes), la edad ideal para operarse es la que se sitúa en la etapa adulta (de 30 a 49 años), para el 18.8% que tiene de 30 a 39 años (adulta) también opinó que la edad ideal para esterilizarse es la misma, o sea la adulta (30-49) esto es por lo que se refiere al total de usuarias; al analizar cada grupo de edad cronológica, los resultados son similares: independiente mente de la edad que se tenga, se considera que es la edad adulta (30-49) en la cual se debe operar, por lo que se deduce que la edad de la usuaria no es un factor determinante para operarse pero sí es importante que la mujer opte por la esterilización cuando ha llegado la edad adulta.

Se consideró necesario cruzar la variable "edad ideal" con la variable que busca determinar lo importante para la esterilización: los hi-

CUADRO NUM. 28

EDAD CRONOLOGICA DE LA USUARIA Y EDAD IDEAL PARA OPERARSE

Edad cronológica Edad ideal	J O V E N		A D U L T A		T O T A L años
	15 - 19 años	20 - 29 años	30 - 39 años	40 - 49 años	
Joven 15-29 años	36 29% 24%	178 28% 24%	87 24% 22%	30 26% 23%	331
Adulta 30-49 años	90 71% 61%	452 72% 68%	269 75% 67%	85 74% 76%	896
Subtotal	126 100%	630 100%	356 100%	115 100%	1227 100%
Las dos (joven y adulta)	20 14%	124 16%	46 11%	14 11%	204 14.3%
T O T A L	146 10.2%	754 52.7%	402 28.1%	129 9.1%	1431 100%

Nota: El primer porcentaje es en relación al subtotal y el segundo al total de la columna.

jos o la edad. Los datos encontrados dicen que, tanto para quienes contestaron que la operación debe efectuarse en mujeres jóvenes como en mujeres adultas ambos grupos coincidieron que lo que más influye para operarse es el número de hijos (64% y 62% respectivamente). El porcentaje restante

(36% y 38%) es para quienes consideran que la edad con el número de hijos es lo más importante por lo que se confirma nuevamente que la edad influye en la decisión de operarse, pero no es un factor determinante pues le dan mayor importancia al número de hijos (ver anexo 5.40).

Disposición para operarse (actitud personal)

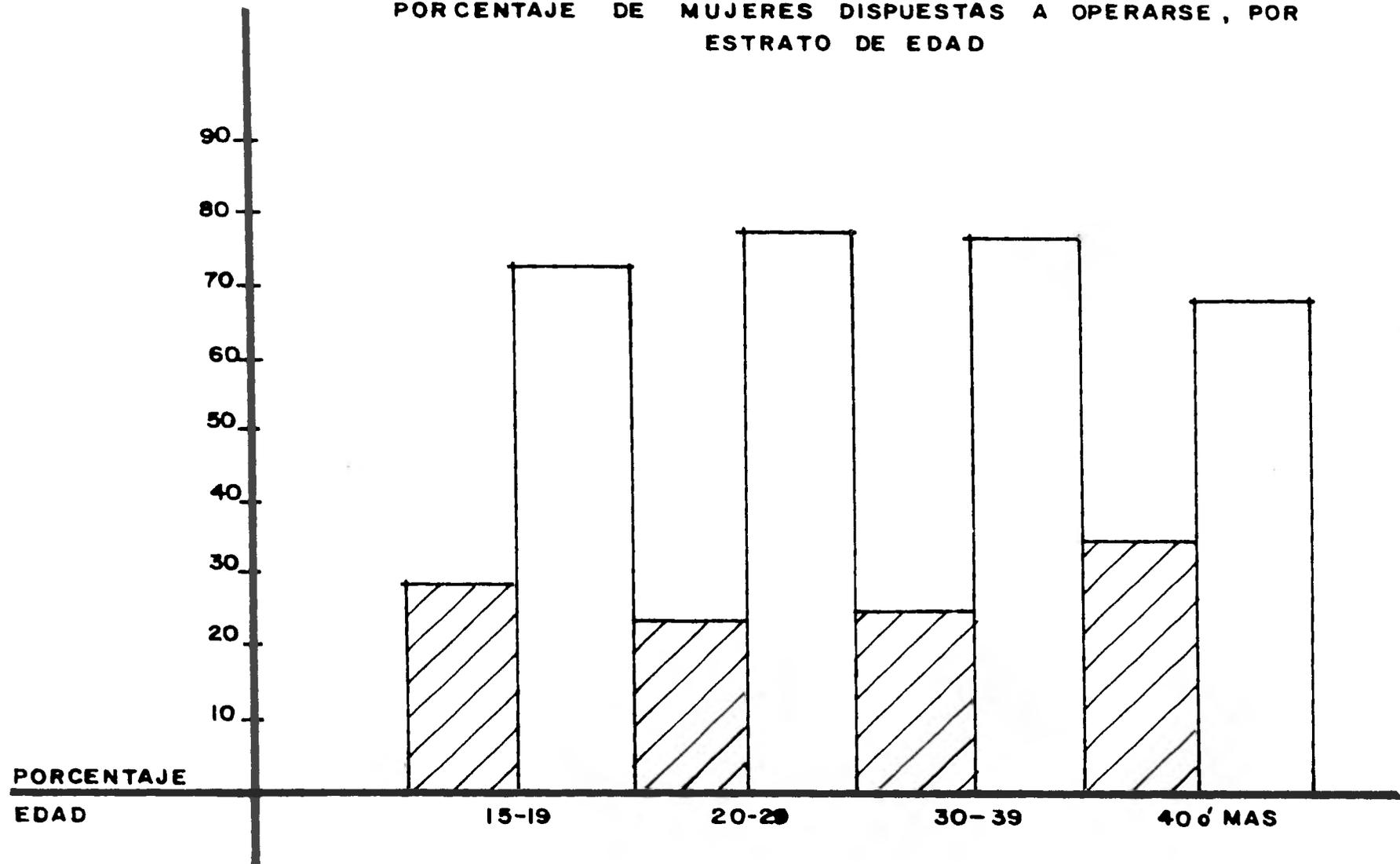
--- Con edad cronológica (características socioeconómicas).

Como ya se mencionó anteriormente, la mayoría de las mujeres, 75%, está dispuesta a operarse y sólo el 25% no lo está. Ahora bien, para comprobar si la edad es un factor que influye en esta decisión se cruzaron ambas variables, era de esperarse que las mujeres cuya edad se encuentra en los estratos de 15 a 19 y de 20 a 29 años, no presentaran disposición para operarse y que las de mayor edad estuvieran dispuestas a hacerlo; pero los resultados demuestran que la edad cronológica no influye en tal decisión, ya que la mayoría de ellas, sin importar la edad, está dispuesta a ligarse como se puede apreciar en la Gráfica Núm. 9.

De aquí se puede observar claramente que en todas las edades

GRAFICA NUM. 9

PORCENTAJE DE MUJERES DISPUESTAS A OPERARSE, POR ESTRATO DE EDAD



PORCENTAJE

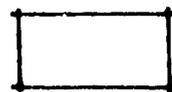
EDAD

15-19

20-29

30-39

40 ó MAS



SI HAY DISPOSICION



NO HAY DISPOSICION

predomina la disposición para operarse; de esta mayoría los porcentajes ligeramente elevados (77% y 76%) se encontraron en las mujeres que tienen de 20 a 29 años y de 30 a 39 años, no así en aquellas mujeres que no presentan disposición, ya que los porcentajes ligeramente más altos se sitúan en las edades extremas de 15 a 19 y de 40 a más (28% y 33%). (Ver anexo 5.41).

--- Con escolaridad (características socioeconómicas).

Era de esperarse que a mayor escolaridad mayor disposición para operarse y efectivamente, aun cuando para el Grupo I (sin escolaridad) (68%) como para el Grupo II (con escolaridad) (76%) los porcentajes más altos fueron para los que contestaron que sí se operarían, el del Grupo II predomina sobre el Grupo I con un puntaje de 16% de diferencia lo que demuestra que el nivel de escolaridad, en la población encuestada, influye en la determinación para ligarse, aunque no es un factor primordial en esta de ci sión.

CUADRO NUM. 29

INFLUENCIA DE LA ESCOLARIDAD EN LA DECISION PARA OPERARSE

Disposición para operarse Escolaridad	NO	SI	T O T A L
Grupo I Sin escolaridad	53 32.0%	112 68.0%	165 12.0%
Grupo II Con escolaridad	302 24.0%	964 76.0%	1266 88.0%
T O T A L	355	1076	1431 100%

Posible distorsión (actitud personal)

Recordaremos que anteriormente se clasificaron, en esta sección, aquellas variables de opiniones o actitudes expresadas por la entrevistada y que los resultados de juicios previos, las cuales están relacionadas con su ambiente externo y que a este grupo fue al que se denominó de "posible distorsión".

--- Con escolaridad (características socioeconómicas)

En cuanto a la escolaridad encontramos que, tanto las que no tienen estudios básicos (12%) como las que sí tienen estudios básicos (63%), consideran que la mujer es quien debe operarse (48% y 41% respectivamente), aun cuando ya encontramos quienes opinan que debe ser cualquiera de los dos -o bien el hombre o bien la mujer- (33% y 38%) y también se encontraron mujeres que opinaron que el hombre debería ser quien se esterilizara (19% y 21%). En lo que se refiere a las usuarias con estudios de secundaria o más (25%) se inclinan a opinar que cualquiera de los dos debe operarse (11%). Con esto concluimos que a menor escolaridad mayor sujeción a las costumbres mexicanas en cuanto a que la mujer debe ser quien se opere, es decir que al aumentar su nivel escolar ella exige más participación del hombre, por lo tanto a mayor escolaridad más conciencia de responsabilidad para que el control natal sea mutuo. (Ver anexo 5.42).

5.4.2.- Actitudes sociales con características del perfil socioeconómico.

Actitudes sociales (económicas)

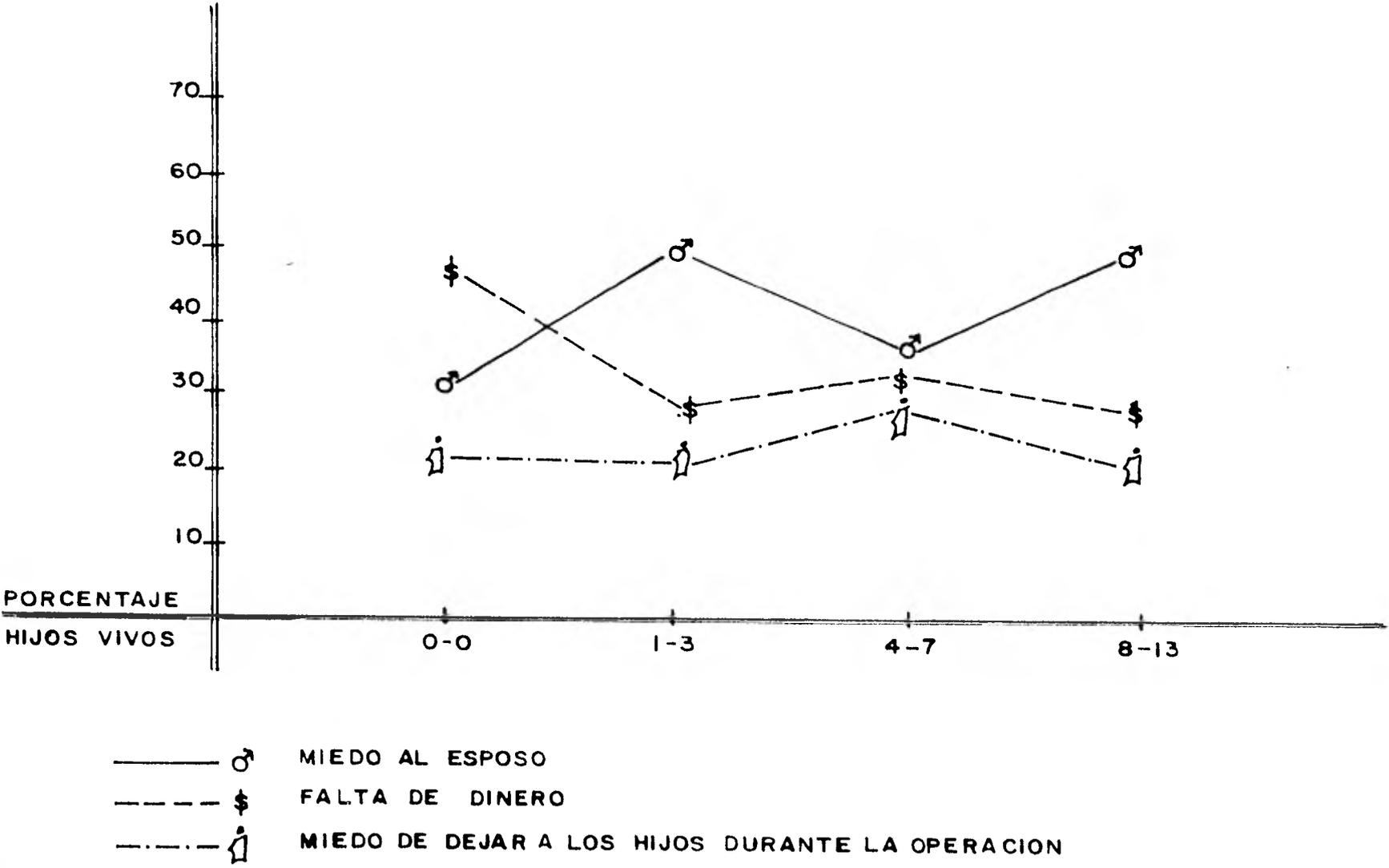
--- Con hijos vivos (característica socioeconómica)

Se relacionó esta variable con el número de hijos vivos para conocer los motivos por los que algunas mujeres no se operan, se proporcionaron tres opciones: a) miedo a que el esposo las abandone, b) falta de recursos económicos y c) miedo de dejar a los hijos durante la operación. Los datos de los resultados se aprecian en la Gráfica Núm. 10.

En la mayoría de las respuestas de las entrevistadas se puede observar que el principal motivo por el que no se operaría una mujer es por el temor a que el esposo las abandone como consecuencia de la operación (44%), obviamente los porcentajes más elevados se dieron en las mujeres que tienen más hijos vivos, otro factor que, aunque en menor proporción influye, es la falta de dinero para la operación, quienes representan el 29% del total de la muestra, es claro observar que esta población no tiene la sufi-

GRAFICA NUM. 10

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA MUJER PARA OPERARSE



ciente información acerca de la existencia del Centro Quirúrgico de FEPAC y mucho menos el costo de la operación. Por último, el porcentaje más reducido fue del 23% en el que se agrupan las mujeres que expresaron temor al abandono de los hijos durante la operación. Cabe mencionar que únicamente un 2% de la población encuestada manifestó que ninguno de estos factores son impedimento para optar por la ligadura de trompas. El porcentaje nos indica que estas mujeres conocen más acerca del método quirúrgico y posiblemente están en disposición para en un momento dado operarse. (Ver anexos 5.43 y 5.44).

5.4.3.- Actitudes personales con otras actitudes de su mismo grupo.

Hijos ideales.

--- Edad ideal para operarse.

Anteriormente se encontró que, por un lado, el número ideal de hijos para operarse es de tres y por otro la edad ideal es en la edad adul-

ta; de aquí que surge la inquietud de poder determinar cuál de estas dos variables es la que influye más en la decisión de operarse; para lograrlo se procedió al cruce de las dos y el resultado se expresa en el siguiente cuadro:

CUADRO NUM. 30
NUMERO DE HIJOS Y EDAD IDEAL PARA OPERARSE

Edad preferente para operarse. Número de hijos ideales	J O V E N		ADULTA		LAS DOS		TOTAL	
	A	%	A	%	A	%	A	%
1 - 2 hijos	112	32	188	53	55	15	355	100
3 hijos	149	23	407	62	101	15	657	100
4 hijos	57	20	195	67	38	13	290	100
5 y 6 hijos	13	10	105	82	10	8	128	100
T O T A L	331	23	895	63	204	14	1430	100

De estos datos se puede decir que, tanto la edad como el número de hijos (tres hijos) son importantes para que la mujer acceda a operarse ya que del total de las mujeres, el 28.5% así lo expresó. (ver anexo 5.45).

Consecuencias postoperatorias.

--- Con disposición para operarse.

Al relacionar las variables de disposición para operarse y las consecuencias psicológicas después de la operación, se encontró que del 75% que mostró disposición para operarse, el 69% considera que las alteraciones son positivas ya que se pondría "contenta", un 20% más opinó en el sentido de un estado de ánimo indiferente y exclusivamente una décima parte considera que las consecuencias serían desfavorables ("triste o enojada"). Del 25% que no se operaría, una cuarta parte (26%) da respuesta en sentido desfavorable o sea con la presencia de alteraciones negativas en el estado de ánimo, en tanto que el 74% consideró que las reacciones serían favorables o indiferentes si las presenta. (ver anexo 5.46).

A partir de los datos encontrados, concluimos que para todas las entrevistadas, independientemente de su disposición o no a la operación, después de efectuarse ésta, han opinado que no se presentan cambios desfavorables en el estado de ánimo. Esta similitud de respuesta parecería indicar que no constituye un factor que influya en la decisión del uso del método.

Por otro lado podemos observar que se mantiene el alto porcentaje a favor de la esterilización, pero que no existe la motivación suficiente para que se lleve a cabo.

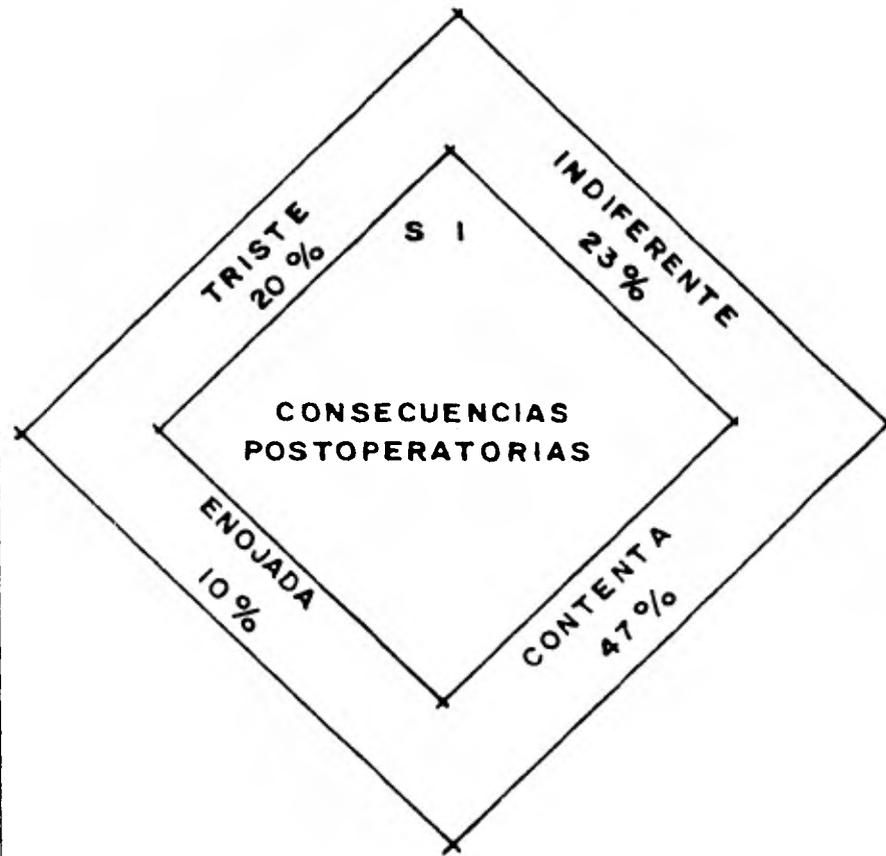
--- Con posible distorsión.

Como se mencionó anteriormente las consecuencias postoperatorias según sus características se agruparon en: 1) Fisiológicas con: a) algún transtorno orgánico como consecuencia de la operación, o sea que se "enferma", y b) sin trastornos o sea que no le sucede "nada"; y 2) las psicológicas cuando se presenta un cambio en el estado de ánimo. Los resultados encontrados se pueden apreciar en la Gráfica Núm. 11.

Por lo que se puede observar, el porcentaje más alto corresponde a las mujeres que opinaron que la operación no causa trastornos físicos 69%, contra un 31% que considera que sí los hay. De este 69% el 13% opinó que hay cambio positivo en el estado de ánimo como consecuencia de la operación y aún entre aquellas personas que consideran que sí hay trastornos fisiológicos (31%) el porcentaje más alto (47%) opinó también que hay un cam-

GRAFICA NUM. 11

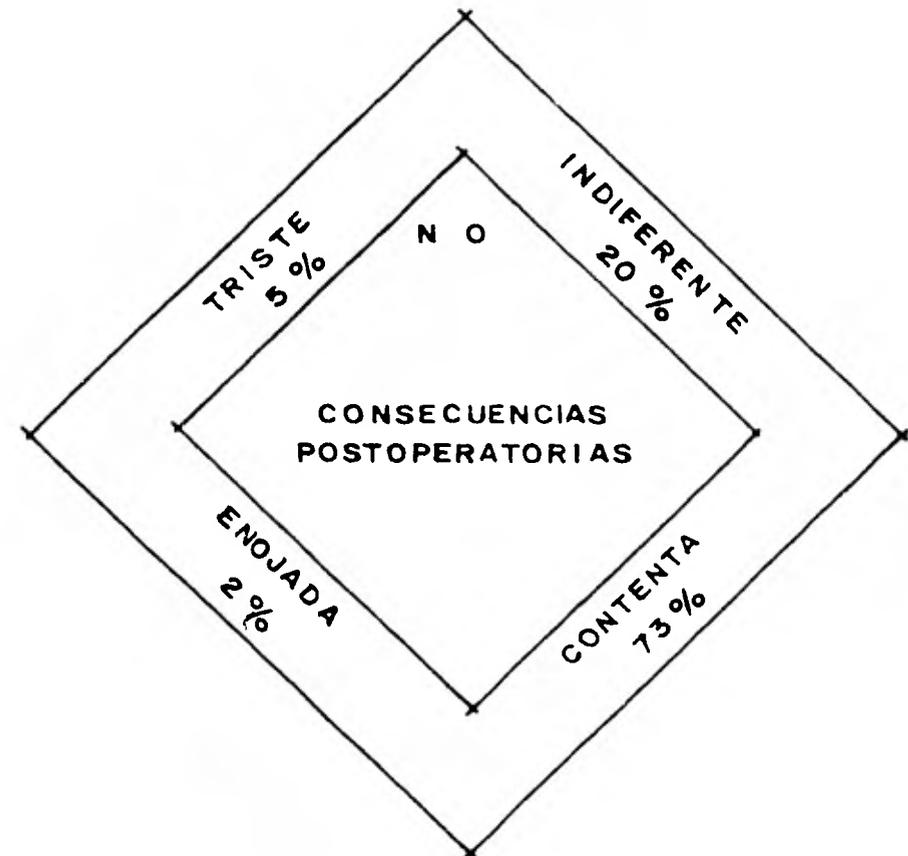
ESQUEMA GENERAL DE LAS CONSECUENCIAS POSTOPERATORIAS



FISIOLÓGICAS
(CON CONSECUENCIAS POSTOPERATORIAS)

TRISTE	20 %
INDIFERENTE	23 "
CONTENTA	47 "
ENOJADA	10 "

100 % PSICOLÓGICAS



FISIOLÓGICAS
(CON CONSECUENCIAS POSTOPERATORIAS)

TRISTE	5 %
INDIFERENTE	20 "
CONTENTA	73 "
ENOJADA	2 "

100 %

bio en el estado de ánimo y es favorable. Es importante destacar el notable aumento (26%) en los porcentajes de los cambios favorables después de la operación. Cuando se considera que no sucede "nada" después de ésta y cuando se supone un trastorno fisiológico, el cual haría disminuir el estado favorable de "contenta" y aumentar el desfavorable. Por otro lado, tenemos el porcentaje de respuestas en relación a los cambios desfavorables del estado de ánimo después de la esterilización, ellos representan el 7% (triste y enojada) para los que opinan que no hay trastornos fisiológicos y el 30% (triste y enojada) para los que sí hay trastornos del organismo. Nuevamente los porcentajes más altos se sitúan en quienes suponen trastornos fisiológicos. Por último, se tienen porcentajes similares para aquellas mujeres entrevistadas, que expresaron continuar con el mismo estado de ánimo (indiferente), después de la operación (20% y 2%) con trastorno fisiológico o sin él. (Ver anexo 5.47).

5.4.4.- Actitudes sociales con otras actitudes de su mismo grupo.

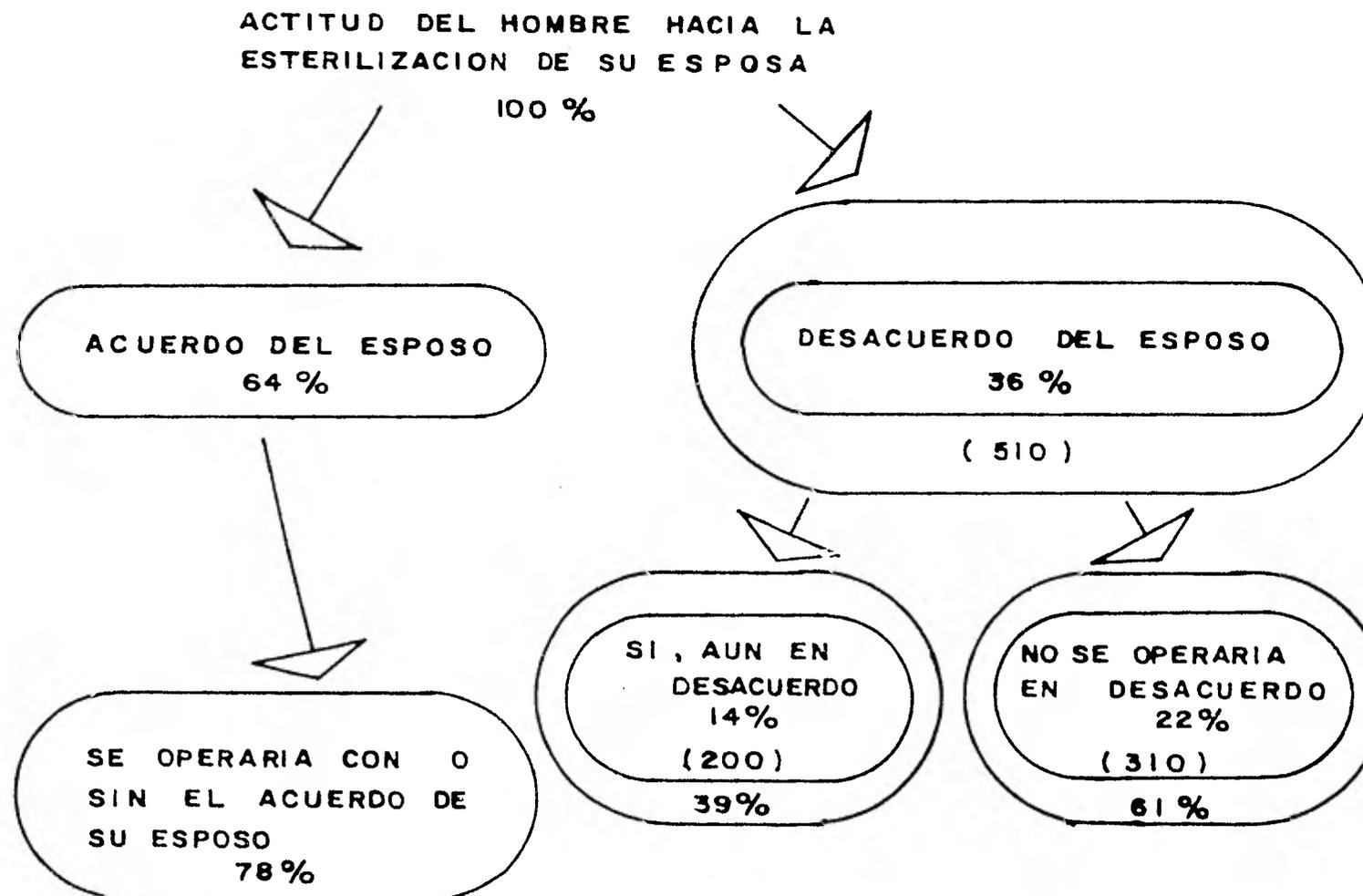
Familiares.

Debido a la tradición mexicana que prevalece esencialmente en los estratos sociales de donde proviene la muestra y que obra en el sentido de que es el hombre quien toma las decisiones en la familia, principalmente en cuanto a la procreación de los hijos, se esperaba que el marido no estuviera de acuerdo con el uso del método; sin embargo los resultados señalan que en el 64% de las familias que la entrevistada representa, el esposo o compañero sí estaría de acuerdo, de éste el 40% se operaría a pesar de que su esposo no estuviera de acuerdo, y el 24% no lo haría.

Por lo que respecta a los esposos que no están de acuerdo en que se opere la mujer, es el 36%, del cual el 14% de ellas sí se operaría, a pesar del desacuerdo de su esposo y el 22% no lo haría sin la aprobación del compañero. Para mayor claridad ver la Gráfica siguiente:

GRAFICA NUM. 12

DECISION DE LA USUARIA DE FEPAC PARA ESTERILIZARSE
EN RELACION A LA OPINION DE SU ESPOSO



Como se aprecia en la gráfica anterior en el 64% de las usuarias el esposo está de acuerdo en que la mujer se opere y en el 36% no hay acuerdo del esposo, de este 36% no se operaría en desacuerdo del esposo el 22% y sí se operaría aún en desacuerdo del esposo el 14%, por lo que concluimos que el 78% de las usuarias se operarían con o sin el acuerdo de su esposo.

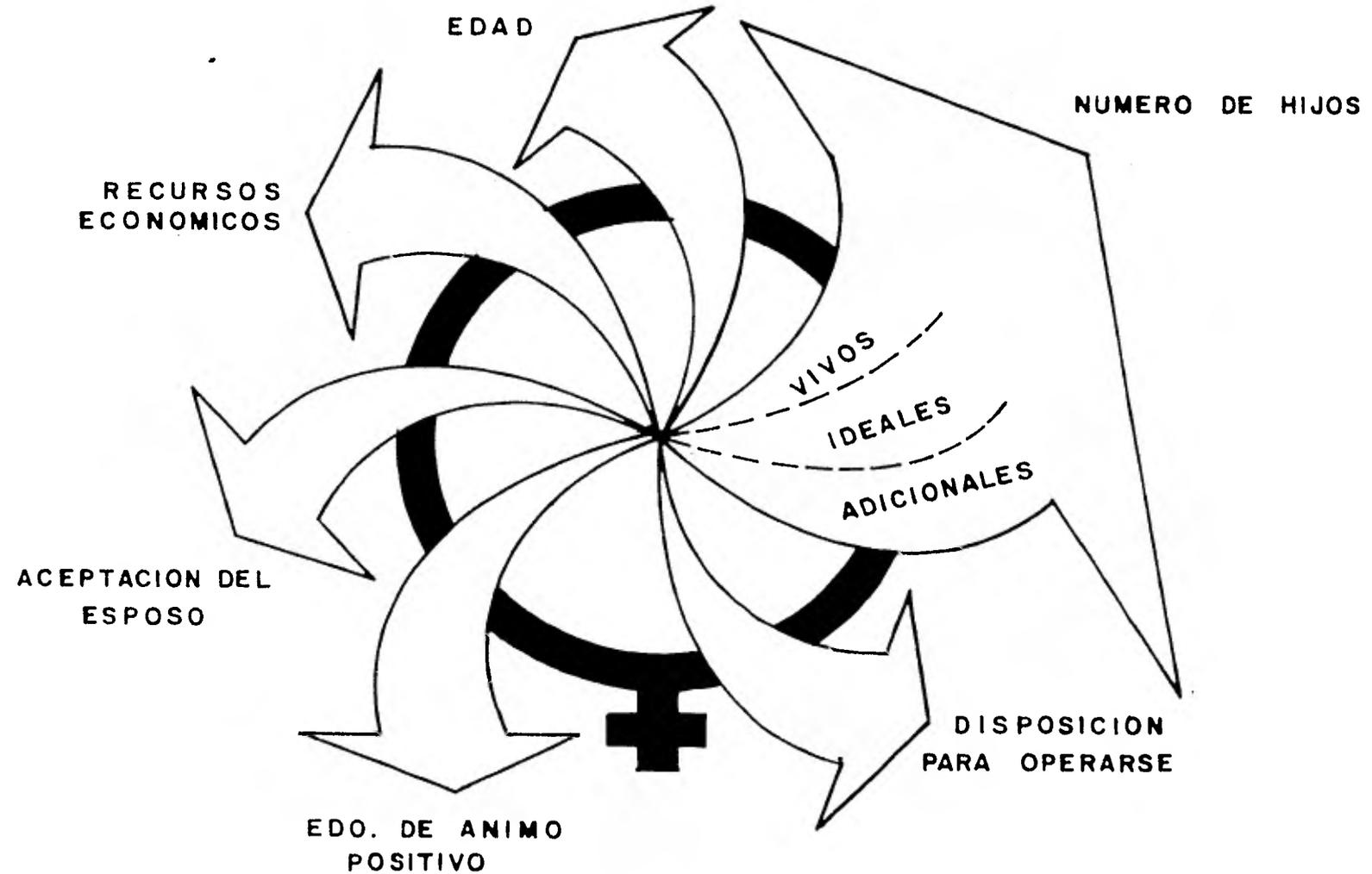
Ahora bien, si se analiza el 36% de las mujeres que opinaron que su esposo está en desacuerdo, son el 61% quienes se someten a las decisiones del marido y el 39% se operarían aún en desacuerdo del marido. (Ver Gráfica Núm. 13).

Esto demuestra que con el paso del tiempo las tradiciones están sufriendo cambios debido entre otras cosas a las necesidades reales de la mujer. (Ver anexo 5.48).

Por otro lado, esperábamos que los familiares de la pareja estuvieran de acuerdo en que la mujer no limitara el número de hijos debido a las costumbres o tradiciones de nuestro país; sin embargo, se encontró, a través de la opinión de las usuarias, que ambas familias tienen una actitud

GRAFICA NUM. 13

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA MUJER PARA ESTERILIZARSE



indiferente (29%) hacia el método definitivo, sólo el 7% no acepta que la mujer deje de procrear. En el 36% restante las familias presentan actitudes diferentes entre ellas, distribuyéndose de la siguiente manera: 15% para cuando la familia de él se muestra indiferente y la de ella contenta, 12% donde la familia de él se enoja y la de ella está contenta, el 3% la familia de él se enoja y la de ella indiferente y en el 6% restante se invierten las respuestas. (Ver anexo 5.49)

Hemos esquematizado estos resultados para su mejor representación.

Los factores que influyen en la decisión de operarse es en la edad adulta, cuando se tienen tres hijos vivos o más, cuando el instinto maternal está satisfecho y ya no se desean más hijos, cuando las parejas tienen disposición y se espera que después de la operación se presenten consecuencias positivas en el estado de ánimo y fisiológicas cuando hay aceptación del esposo y se cuentan con recursos económicos.

No hay duda de que los factores que influyen en la decisión para que la mujer se esterilice son de tipo psicológico, social, económico y educativo.

"Una mujer que ha adoptado un método anticonceptivo, ha hecho algo mucho más importante que tomar una píldora, ha roto con 2000 años de moral cristiana que hasta ese momento aceptaba ciegamente".

Luis Ma. Aller Artucha.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Como se mencionó en el capítulo II, México está pasando por un período crítico en relación al crecimiento acelerado de la población, para ello el Estado ha propuesto políticas para frenar este crecimiento, fomentando la planificación familiar cuyo objetivo es reducir la tasa de natalidad para el año 2000 al 1% (actualmente es de 3.2%), a través del uso de métodos anticonceptivos, ya sean temporales o definitivos.

Ahora bien, el uso del método definitivo -que es el objeto de la presente investigación- (capítulo III) depende de varios factores, entre los que hay que considerar: problemas de salud, número de hijos, edad de la mujer y situación económica. La esterilización no ha sido empleada por la población usuaria de FEPAC, así como de otras instituciones similares en la proporción que se esperaba, debido a motivos representados por: a) el desconocimiento total de los métodos por falta o fallas de información; b) escasez de recursos económicos entre las usuarias; c) la incomunicación de las zonas marginadas y rurales; y d) la información distorsionada.

Los estudios sobre este tema, son escasos, particularmente en enfoque psicosocial de la esterilización voluntaria; es por ello que nuestro estudio se basa en el análisis de las actitudes que las mujeres tienen en relación a la esterilización voluntaria como método definitivo en el control natal. En este capítulo pretendemos dar respuesta a las hipótesis planteadas en el capítulo IV y proporcionar algunas sugerencias como resultado de esta investigación.

6.1.- Respuesta a las hipótesis.

H_0 : "No hay diferencias en las actitudes en cuanto a edad, disposición para operarse, conocimiento del método, número de hijos, religión que profesan, aprobación del esposo y actividad que desempeñan, de las mujeres que asisten a los centros de FEPAC".

En los términos generales, esta hipótesis se acepta ya que efectivamente no se encontraron diferencias en la actitud de la mujer que asiste

a los centros de FEPAC en cuanto a cada una de las variables anteriormente citadas.

H₁: "La edad cronológica de la mujer usuaria de FEPAC es un factor fundamental en la disposición para operarse".

Esta hipótesis se rechaza debido a que no se encontraron diferencias (ver capítulo IV) entre los diversos estratos de edad, y así entre las mujeres que están dispuestas a operarse, el porcentaje por edades es muy similar. Sucede algo similar con el grupo de quienes no presentan disposición para operarse; entre ellas la importancia está centrada en la paridad, y no así en la edad.

H₂: "Las mujeres usuarias de FEPAC expresan disposición para esterilizarse".

Efectivamente, los resultados obtenidos apoyan esta hipótesis, puesto que la respuesta a la pregunta que se planteó al final de la entrevista, indica que el 75% está dispuesta a esterilizarse y sólo el 25% no lo

está. Recordemos que al iniciar la entrevista, únicamente el 32% aceptó la opción, en tanto que el 68% se negó a ella; consideramos que este cambio a favor de la esterilización (43%) tuvo su origen durante el curso de la entrevista, pues en ella se le proporcionó a la mujer información de la cual carecía acerca del método. Cabe aclarar que esta situación fue resultado también del estado de confianza y colaboración (rapport) que se logró mediante el instrumento gráfico diseñado para la entrevista.

Este resultado es similar a los encontrados en estudios realizados en Kenia, en donde un grupo de médicos preguntó a todas las mujeres madres de cinco o más hijos vivos que eran admitidas por parto al Hospital Nacional de Kenyatta, si les gustaría ser esterilizadas, el 59% de ellas respondieron afirmativamente. (51)

H₃: "Las mujeres usuarias de FEPAC desconocen el significado, procedimiento y las implicaciones de la esterilización".

(51) Population Reports. Tópicos Especiales. Núm. 2, octubre 1978, p. M-15.

Al iniciar el estudio piloto de esta investigación la hipótesis se confirmó en su primera parte (aquí se considera conocimiento del término esterilización), ya que las mujeres desconocían el método quirúrgico con el nombre de esterilización, ellas lo conocían con el nombre de "Ligadura o atadura de trompas". Mediante el análisis de los resultados podemos afirmar que la segunda parte (se considera al conocimiento e identificación del método esterilización) de esta hipótesis queda rechazada debido a que el 67% sí conoce, sí identifica y sí sabe el significado del método y el 33% lo desconoce parcial (26%) y totalmente (7%), atribuimos estos resultados a la información adicional que se les proporcionó durante la entrevista.

Por otra parte y como derivación de estos resultados, consideramos que no hay motivación suficiente por parte de los médicos responsables para informar a las mujeres acerca de la esterilización; esto lo atribuimos a que posiblemente se presente una situación similar como el caso de la encuesta realizada en Colombia por Mac Corquodale y colaboradores (1975) en la que aplicaron la escala de actitudes de Likert a 200 médicos gineco-obstetras cuyos resultados fueron principalmente la falta de voluntad en

promover algunos métodos particulares de regulación de la fecundidad.⁽⁵²⁾

H₄: "Las usuarias de FEPAC opinan que la esterilización debe hacerse sólo en mujeres".

Esta hipótesis fue planteada con el fin de conocer si se ha efectuado algún cambio en la opinión de la mujer en cuanto a que el hombre también adquiriera responsabilidad para planificar la familia ya que en México, como es bien sabido el hombre descarga la mayor parte de sus responsabilidades del hogar en la mujer. De los datos obtenidos, fue posible comprobar que aun cuando todavía hay mujeres que opinan que deben ser ellas quienes controlen la fecundidad (39%), ya hay quienes opinan que tanto el hombre como la mujer deben tener las mismas responsabilidades y obligaciones para planificar la familia (39%).

El 22% opinó que es el hombre quien debe esterilizarse, que el control de la fecundidad no debe seguir siendo tarea exclusiva de la mujer.

(52) Informe sobre población-Planificación familiar, Núms. 12 y 14. Consejo de Población, Colombia, 1975.

Se ha realizado escasa investigación en cuanto a los anticonceptivos masculinos; los métodos conocidos han tenido poca difusión y menor aceptación en México y en el mundo (recuérdese lo escépticos que se manifiestan los médicos en relación a la esterilización de los hombres). El hombre que procrea debe adquirir conciencia de su responsabilidad en la anticoncepción.

H₅: "Las usuarias de FEPAC consideran que la edad ideal para esterilizarse debe hacerse sólo en mujeres mayores de 35 años".

Los resultados indican la veracidad de esta hipótesis ya que el 63% de las mujeres expresaron que la mejor edad para ligarse es en la edad adulta (ésta fue considerada de 30 a 49 años), el 23% en la joven (considerada de 15 a 29 años) y sólo el 14% consideró que la edad no es relevante en la decisión de operarse.

H₆: "Las usuarias de FEPAC consideran que la mujer debe esterilizarse con más de cuatro hijos".

Esta hipótesis se rechaza ya que el 71% opina que la esterilización debe efectuarse cuando se tienen de uno a tres hijos, y únicamente el 29% afirma la hipótesis de que con más de cuatro hijos una mujer debe operarse, como el caso de algunos hospitales de Egipto en donde tienen la política de no efectuar esterilizaciones en mujeres sin hijos o que tengan menos de cuatro hijos vivos. (53)

H₇: "Las usuarias de FEPAC opinan que la esterilización debe hacerse sólo en mujeres que trabajan".

Para la presente investigación esta hipótesis se rechaza ya que para el 76% de las entrevistadas este factor no es determinante en la decisión de operarse, esto parece indicar que el problema de la procreación es tanto de la mujer activa como de la inactiva económicamente. Atribuimos este resultado al hecho de que el 88% de las usuarias pertenece al grupo de las inactivas económicamente. Por otro lado en un estudio de Dyckhoff y colaboradores (1976), citado por Pick Susan (1979), sobre planificación fami-

(53) Population Reports. Op. cit., p. M-13.

liar se encontró que la mujer que trabaja fuera del hogar desea tener menos hijos en comparación con las mujeres que no desempeñan ninguna actividad remunerada.⁽⁵⁴⁾ Ahora bien, parece ser que estos resultados son diferentes dependiendo de los países industrializados y los no industrializados como lo indica la investigadora norteamericana Hoffman destacando que tanto en Estados Unidos de Norteamérica como en la mayoría de los países industrializados la mujer que trabaja tiene menos hijos que la que no lo hace.⁽⁵⁵⁾

H₈: "Las usuarias de FEPAC consideran que la actitud del hombre hacia el control de la natalidad juega un papel importante en la decisión de la mujer para operarse".

Esta hipótesis se rechaza porque el 78% de las mujeres se operarían con o sin el acuerdo del esposo, aunque este resultado debe tomarse con reserva, según los datos de otras variables nos indican que temen ser

(54) Pick de Weiss, Susan. Estudio Social psicológico de la Planificación Familiar. Ed. Siglo XXI, México, 1979, p. 58.

(55) Idem., p. 58.

abandonadas por su esposo si optaran por esta medida de control natal, debido a la tradición mexicana que prevalece y que obra en el sentido de que el hombre es quien toma las decisiones de la familia principalmente en cuanto a la procreación de los hijos. Cabe aclarar que la mujer no siempre se comporta de acuerdo a las actitudes expresadas, esto se debe entre otros factores a que la muestra proviene de una población económicamente inestable, por lo tanto sujeta a constantes cambios ambientales.

H₉: "Las creencias religiosas impiden que la mujer usuaria de FEPAC tenga una abierta disposición con el método esterilización".

Esta hipótesis se rechaza porque si bien la institución eclesiástica presenta una clara doctrina de rechazo al empleo del método definitivo y la usuaria la conoce y califica; sin embargo, ellas opinan que utilizarían la "esterilización" con el fin de limitar el crecimiento de la familia.

6.2.- Resumen de los resultados del Perfil Socioeconómico.

Se puede decir, en términos generales, que las 1433 usuarias de FEPAC tienen entre 15 y 49 años (edad fértil) el mayor número de los casos se encuentra en el grupo de 20 a 24 años, la mayoría de las mujeres asistió a la escuela, en diferentes niveles de enseñanza que van desde estudios básicos hasta los primeros años de la enseñanza superior (promedio de escolaridad de dos años) el estado civil de la mayoría de las entrevistadas es casada, con un promedio de tres hijos vivos por mujer, de religión católica (practicante). La mayoría de los jefes de familia tienen ocupación remunerada, cuyo tipo de trabajo es fijo, con actividades que se desempeñan dentro de los sectores industrial y de servicios; ellos contribuyen al gasto familiar con cantidades que van de \$400.00 a \$849.00 semanalmente.

La mayoría de las mujeres entrevistadas no trabaja fuera del hogar, pero las que lo hacen, desempeñan labores en el sector de servicios en forma tanto fija como eventual; aportan al gasto familiar entre \$99.00 a \$1,149.00; una mínima población de las usuarias recibe gasto de otros miembros de la familia, la mayoría de estos miembros trabaja en el sector servi

cios y el tipo de trabajo es fijo. La aportación semanal al gasto familiar está comprendida entre \$400.00 y \$1,149.00.

La mayoría de las familias de la usuaria habita casa rentada que se compone de dos o tres cuartos; habitados por un promedio de personas que fluctúan entre tres y seis miembros.

Las mujeres usuarias, en su mayoría, llevan de uno a cuatro años de controlarse, conocen, identifican y saben el significado de la palabra ligadura de trompas, ya no desean tener más hijos, el número ideal de hijos es de tres, consideran que la edad ideal para operarse es la adulta y se manifestaron en el sentido de que, tanto la mujer que trabaja como la que no lo hace deben operarse.

6.3.- Resumen de los resultados de las actitudes.

El resumen que se refiere a las actitudes señala que: a) la esterilización debe hacerse en la edad adulta; b) cuando se tienen tres hijos vivos; c) cuando el instinto maternal está satisfecho (número ideal de hijos); d) cuando ya no se deseen más hijos (hijos adicionales); e) cuando

hay disposición para operarse y se espera que después de la operación se presenten consecuencias positivas en el estado de ánimo. Partiendo del supuesto de que antes de la operación la mujer está sujeta a una tensión emocional y manifiesta preocupación ante la posibilidad de tener embarazos accidentales por fallas en los métodos contraceptivos; f) cuando hay acuerdo del esposo y g) cuando cuentan con recursos económicos. Todos estos factores, si bien no son determinantes, sí influyen en la decisión de operarse.

Ellas consideran que la esterilización tiene las siguientes ventajas: a) no embarazarse; b) dejar de usar los otros métodos anticonceptivos; c) mayor satisfacción en sus relaciones maritales, al descartar el temor de concebir hijos indeseados. Opinan que la operación no produce trastornos en la salud y que conlleva cambios favorables en el estado de ánimo. Su pareja por lo general, está de acuerdo en que ellas se operen, pero aun cuando no lo estuviera ellas estarían dispuestas al uso del método. Esta actitud parecería indicar que algunas de las situaciones tradicionales en la pareja se empiezan a modificar, debido a que la situación real de la mujer responde a otras necesidades; la familia del compañero o esposo

no interfiere en la decisión para operarse, no así la familia de ella, la cual tiene una actitud favorable hacia la esterilización. Opinaron que las mujeres que se esterilizan son rechazadas por la iglesia, pero que a pesar de ello ellas se ligarían, esta actitud resulta concordante a lo que Loyoy en 1974 encontró en áreas mexicanas rurales y urbanas, en cuanto a que "los factores religiosos desempeñan un papel menos importante del que generalmente se les atribuye". (56)

6.4.- Sugerencias:

En base a los resultados y conclusiones de esta investigación sugerimos lo siguiente:

- 1) Investigar la actitud de los médicos responsables de los programas de planificación familiar, debido a que ellos ejercen gran influencia sobre las usuarias y podría presentarse la posibilidad de ocasionar esterilizaciones forzosas o de lo contrario, que algunas personas opten por el método definitivo de control natal.

(56) Pick Susan. Op. cit., p. 23.

2) Que las instituciones de salud, promuevan campañas para que el hombre adquiriera conciencia de su responsabilidad en la procreación y opte por la esterilización.

3) El presente estudio tuvo como propósito conocer la actitud preoperatoria de algunas mujeres hacia la esterilización voluntaria; pero sobre todo, crear la necesidad de llevar a cabo estudios similares, de amplia cobertura, para tener la seguridad de que lo que se hace en el campo de la planificación familiar es lo adecuado para nosotros y que en realidad se le está brindando a la población una alternativa segura y una posibilidad de ejercer la libertad individual.

4) Creemos pertinente realizar otra investigación para conocer los obstáculos que la mujer supera para terminar con su fecundidad mediante la adopción del método definitivo de control natal: la esterilización voluntaria y

5) Debido a que la presente investigación considera solamente a las mujeres usuarias de FEPAC en el área metropolitana, sugerimos que en base a esta experiencia se lleve a cabo una encuesta de cobertura nacional

que incluya:

- a) diferentes niveles de escolaridad,
- b) diferentes estratos socioeconómicos,
- c) la opinión del hombre,
- d) población económicamente activa e inactiva en edad fértil.

Creemos que es importante ampliar esta investigación debido a que sólo se abarcó la opinión de una población reducida de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos.

6) Ya que éste es un primer acercamiento a un estudio de actitudes en México: la esterilización voluntaria, finalmente proponemos a las personas interesadas en esta temática, una escala para medir las actitudes de hombres y mujeres hacia el método definitivo, cabe aclarar que esta propuesta de escala no ha sido aplicada, por lo que se recomienda llevar a cabo la prueba piloto para hacer los ajustes necesarios, en cuanto a los aspectos relacionados con el contenido y la semántica de cada opción.

ACTITUDES SOBRE ESTERILIZACION VOLUNTARIA EN
HOMBRES Y MUJERES: UN ESTUDIO NACIONAL

México, 1980.

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente las siguientes afirmaciones y marque con una cruz la opción que usted considere más apropiada.

- 1.- Existen algunos métodos para nunca volver a embarazarse.

muy en acuerdo en acuerdo ni en acuerdo en desacuerdo
 ni en desacuerdo

muy en
desacuerdo

- 2.- Usar los métodos para no tener más hijos es:

bueno malo

- 3.- Las pastillas, inyecciones, espumas, jaleas, los óvulos, preservativos y dispositivos sólo ayudan a espaciar el número de hijos.

1 2 3 4 5

- 4.- Espaciar el número de hijos por medio de las pastillas, inyecciones, espumas, jaleas, óvulos, preservativos y dispositivos es:

bueno

malo

5.- La ligadura de trompas y la vasectomía son métodos definitivos para terminar con la fecundidad.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

6.- Terminar con la fecundidad mediante la ligadura de trompas y la vasectomía es:

_____ bueno _____ malo

7.- La ligadura de trompas y la vasectomía ayudan a espaciar el número de hijos:

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

8.- Espaciar el nacimiento de los hijos es:

_____ bueno _____ malo

9.- Las pastillas, inyecciones, espumas, jaleas, óvulos, preservativos y dispositivos son algunos de los métodos para terminar con la fecundidad.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

10.- Terminar con la fecundidad es:

_____ bueno _____ malo

11.- La ventaja que tiene la ligadura de trompas y la vasectomía es dejar de tomar anticonceptivos.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

12.- Dejar de usar los otros métodos y operarse para ya no tener más hijos es:

_____ bueno _____ malo

13.- La ventaja que tiene la ligadura de trompas y la vasectomía es el controlar y espaciar el número de hijos.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

14.- Para controlar el número de hijos, la ligadura de trompas y la vasectomía es:

_____ buena _____ mala

15.- La pareja que tiene más de cuatro hijos debe optar por un método definitivo de fecundidad.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

16.- Optar por un método definitivo de fecundidad cuando la pareja tiene más de cuatro hijos es:

_____ bueno _____ malo

17.- La pareja que tiene los hijos deseados es la que debe optar por la ligadura o la vasectomía.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

18.- Optar por la ligadura o la vasectomía cuando la pareja tiene los hijos deseados es:

_____ bueno _____ malo

19.- La edad ideal para que la mujer opte por la ligadura de trompas es de 30 años.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

20.- Cuando la mujer tiene 30 años y opta por la ligadura de trompas es:

_____ bueno _____ malo

21.- La pareja que no tiene recursos económicos es la que debe operarse.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

22.- Cuando no se tienen los recursos económicos necesarios y la mujer decide operarse, su decisión es:

_____ buena _____ mala

23.- La mujer debe operarse o ligarse cuando ya tiene una edad avanzada (50 años en adelante).

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

24.- Cuando la mujer ha llegado a la edad avanzada (50 años en adelante) y ha decidido operarse es:

_____ bueno _____ malo

25.- La mujer que ha sido operada para limitar su fecundidad presenta un cambio positivo (favorable) en su estado de ánimo (contenta).

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

26.- Tener un cambio positivo (favorable) en el estado de ánimo (contenta) es:

_____ bueno _____ malo

27.- La mujer debe operarse o ligarse cuando es joven (15 a 29 años).

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

28.- La mujer que ha decidido operarse cuando es joven es:

_____ bueno _____ malo

29.- Unicamente la mujer que trabaja fuera del hogar debe operarse para limitar el número de hijos.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

30.- El que una mujer que trabaja fuera del hogar no quiera tener más hijos y decida operarse es:

_____ bueno _____ malo

31.- El hombre es quien debe proteger a la mujer de los embarazos por medio de la vasectomía.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

32.- La decisión del hombre al proteger a la mujer de los embarazos por medio de la vasectomía es:

_____ bueno _____ malo

33.- La pareja que tiene dos hijos vivos es la que debe operarse.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

34.- La decisión de la pareja de operarse cuando tienen dos hijos vivos es:

_____ bueno _____ malo

35.- Tanto la mujer que trabaja fuera del hogar como la que se dedica a su hogar debe limitar el número de hijos.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

36.- El que una mujer que trabaja como la que se dedica al hogar decidan operarse es:

_____ bueno _____ malo

37.- Todas las mujeres que han satisfecho su instinto maternal deben ligarse.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

38.- Las mujeres que se esterilizan cuando han satisfecho su instinto maternal es:

_____ bueno _____ malo

39.- La mujer después de que se ha operado para terminar con su fecundidad no presenta ninguna complicación (no se enferma como consecuencia de la operación).

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

40.- Tener conocimiento de que después de la operación no se presenta ninguna complicación (enfermedad) es:

bueno

malo

41.- Tanto el hombre como la mujer tienen la misma obligación de adoptar un método definitivo para terminar su fecundidad.

1

2

3

4

5

42.- Adoptar un método definitivo de control para terminar con la procreación es:

bueno

malo

43.- La mujer que tiene tres hijos vivos es la que debe operarse.

1

2

3

4

5

44.- Operar a la mujer cuando ya ha tenido tres hijos es:

bueno

malo

45.- Las personas que terminaron su fecundidad con la operación presentan complicaciones o consecuencias de la operación.

1

2

3

4

5

46.- Terminar con la fecundidad es:

 bueno

 malo

47.- La mujer es quien debe operarse para ya no tener más hijos.

 1

 2

 3

 4

 5

48.- El pensar que sólo la mujer es quien debe operarse es:

 bueno

 malo

49.- Las mujeres deben tener los hijos que Dios les "mande".

 1

 2

 3

 4

 5

50.- Operarse para ya no tener los hijos que Dios "mande" es:

 bueno

 malo

51.- La edad es lo más importante para que la mujer se opere.

 1

 2

 3

 4

 5

52.- Pensar que la edad y no otros factores es lo más importante para que una mujer se opere, es:

 bueno

 malo

53.- Por desconocimiento y falta de información el hombre y la mujer se llenan de hijos.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

54.- Llenarse de hijos por desconocimiento de la ligadura y la vasectomía es:

_____ bueno _____ malo

55.- Yo me operaría a pesar de todo.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

56.- Operarse aun cuando todo se opone a ello es:

_____ bueno _____ malo

57.- La mujer que se opera para terminar con su fecundidad presenta trastornos en la salud después de la operación.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

58.- Si se presentan trastornos en la salud después de que la mujer ha sido operada para ya no tener más hijos es:

_____ bueno _____ malo

59.- Unicamente la mujer que se dedica al hogar debe limitar el número de hijos.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

60.- El que sólo una mujer que se dedica al hogar ya no desee más hijos y se opere es:

_____ bueno _____ malo

61.- El número de hijos vivos es lo más importante para que la mujer se opere.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

62.- Operarse por tener muchos hijos es:

_____ bueno _____ malo

63.- Con 30 años de edad y con tres hijos vivos debe un hombre o una mujer operarse.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

64.- El operarse cuando se tienen tres hijos vivos y una edad de 30 años es:

_____ bueno _____ malo

65.- Mi esposo(a) está de acuerdo en optar por un método definitivo de control natal.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

66.- El que mi esposo(a) esté de acuerdo en optar por un método definitivo de control natal es:

_____ bueno _____ malo

67.- La mujer que ha sido operada para limitar su fecundidad presenta cambios negativos (desfavorables) en su estado de ánimo (se pone triste).

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

68.- Si la mujer se opera para ya no tener más hijos y su estado de ánimo presenta un cambio desfavorable (se pone triste) es:

_____ bueno _____ malo

69.- Tanto la edad como el número de hijos vivos son imprescindibles para que la pareja opte por el método definitivo de control.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

70.- Oportar por un método definitivo de control tomando en cuenta la edad y el número de hijos vivos es:

_____ bueno _____ malo

71.- La mujer por naturaleza siempre desea tener hijos.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

72.- Querer tener siempre más hijos y no conformarse con los que se tiene es:

_____ bueno _____ malo

73.- Mi esposo(a) sería feliz si yo opto por la esterilización.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

74.- Contar con el apoyo de mi esposo(a) para operarme es:

_____ bueno _____ malo

75.- La mujer que ha sido operada para limitar el número de hijos no presenta ningún cambio en su estado de ánimo.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

76.- Una persona después de operada cambia su estado de ánimo, esto es:

_____ bueno _____ malo

77.- Mis padres opinan que no debo utilizar ningún método definitivo de fecundidad.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

78.- El no opinar igual que mis padres es:

_____ bueno _____ malo

79.- Mis padres opinaron que debo tener los hijos que Dios me dé.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

80.- El opinar igual que ellos es:

_____ bueno _____ malo

81.- No estoy conforme con la opinión de mis padres.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

82.- Yo no opino igual que mis padres por lo tanto soy:

_____ bueno _____ malo

83.- La persona después de que se ha operado para terminar con su fecundación presenta trastornos de tipo psicológico.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

84.- La persona que ha sido operada no presenta trastornos psicológicos ello es:

_____ bueno _____ malo

85.- Yo me operaría aún en desacuerdo de mi esposo(a).

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

86.- Mis suegros opinan que la mujer debe tener todos los hijos que Dios le dé.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

87.- El opinar igual que mis suegros es:

_____ bueno _____ malo

88.- Mis suegros opinan que no se deben utilizar los métodos definitivos de fecundidad.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

89.- Coincido con la opinión de mis suegros por lo tanto soy:

bueno

malo

90.- No estoy de acuerdo con la opinión de mis suegros.

1

2

3

4

5

91.- El no opinar igual que mis suegros es:

bueno

malo

92.- Me gustaría operarme (para ya no tener más hijos) pero mi esposo(a) no me deja.

1

2

3

4

5

93.- Desobedecer a mi esposo(a) en cuanto a operarme o no es:

bueno

malo

94.- El hombre por naturaleza siempre desea tener otro hijo.

1

2

3

4

5

95.- El que el hombre desee tener siempre otro hijo es:

bueno

malo

96.- No me opero por falta de dinero.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

97.- El pensar que la falta de dinero es una buena razón para no operarse es:

_____ bueno _____ malo

98.- Mi cónyuge se molestaría si yo decidiera no tener más hijos.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

99.- El importarme la opinión de mi esposo(a) aun cuando ya no quisiera tener más hijos es:

_____ bueno _____ malo

100.- Me operaría siempre y cuando mi religión no me lo prohibiera.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

101.- Si me opero, aun cuando mi religión lo prohíbe, me hace ser:

_____ bueno _____ malo

102.- Quisiera operarme pero temo a la operación.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

103.- El temer a la operación es una buena razón para no hacerlo,

bueno

malo

104.- No me opero por miedo a que me abandone mi esposo(a).

1

2

3

4

5

105.- Si mi esposo(a) me abandona porque me opero es:

bueno

malo

106.- Mi doctor no me recomienda la operación

1

2

3

4

5

107.- El que mi doctor no me recomiende la operación es:

bueno

malo

108.- No tomo en cuenta la opinión de mi religión para decidirme por la operación.

1

2

3

4

5

109.- El no tomar en cuenta la opinión de mi religión es:

bueno

malo

110.- He decidido operarme pero no tengo quien cuide a mis hijos mientras me operan.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
 111.- Dejar a mis hijos mientras me operan es:

_____ bueno _____ malo

112.- El hombre y la mujer siempre desean tener otro hijo además de los que ya tienen.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

113.- Desear siempre hijos además de los que ya tengo es:

_____ bueno _____ malo

114.- Yo me operaría pero temo que Dios me castigue.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

115.- No operarme por temor a Dios es:

_____ bueno _____ malo

116.- Yo no me opero porque si deajo de tener hijos ya no sirvo.

_____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

117.- Creer que ya no sirvo si me opero, es:

bueno

malo

118.- Yo me operaría pero tengo miedo de dejar a mis hijos huérfanos.

1

2

3

4

5

119.- Pensar que puedo dejar huérfanos a mis hijos por operarme es:

bueno

malo

120.- Me operaría aun cuando mi religión me lo prohibiera.

1

2

3

4

5

121.- El que mi religión me prohíba utilizar un método definitivo de control es:

bueno

malo

122.- Estoy totalmente decidida a operarme.

1

2

3

4

5

123.- La decisión que he tomado es:

bueno

mala

B I B L I O G R A F I A

- Advances in voluntary sterilization. Second International Conference Geneva, Switzerland, 1973. Ed. Excerpta Médica. Amsterdam, 1974.
- Allen Louis Edwards. Techniques of attitudes Scale Construction. Ed. Appleton-Century-Crofts, Inc. New York, 1957.
- Allport, G. W. Psicología de la Personalidad. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1970.
- Aragón Alcerreca, María de la Luz. Estudio exploratorio sobre las Actitudes hacia la Mujer en un grupo universitario. Tesis, 1969. Universidad Iberoamericana.
- Brown, Roger. Psicología Social. Editorial Siglo XXI. Editores, S.A., 1972.
- Calderone, Mary S. Técnicas anticonceptivas. Editorial Interamericana, S.A.
- Castillo de la Peña, Alfonso. Importancia de la Influencia del Psicólogo en el Programa de Planificación Familiar. Tesis, 1976. Facultad de Psicología, UNAM.
- Centro de Estudios Andrológicos. Anticoncepción Quirúrgica. Vasectomía. México.
- Centro Interamericano de Estudios de la Seguridad Social. Metodología anticonceptiva y sus implicaciones médico sociales. Editores: Dr. Luis A. Sobrevilla y Prof. Emmanuel Velázquez Franco. México, 1978.
- Cheng, Mark, Knew, Cheong, Ratnam, S.S. Psychological Sequelae of sterilization in woman in Singapore. Int. J. Gynaecol Obstet 15: 44-47. University Department of obstetrics and Gynaecology, 1977.

- Cohen, Rosalía A., Cohen, Anita M. (Temple U. Philadelphia PA 19122) Resistance to contemporary mental health developments compulsory sterilization status as indicators of public sentiment.
- Consejo Nacional de Población. Plan de acción mundial sobre población. Aportación de México.. Conferencia Mundial de Población. Editorial CONAPO 1974, Bucarest, Rumania.
- Consuegra Higgins, José. El control de la natalidad como arma del Imperialismo. Galerna (1969) Publs. Latinoamericanas. Buenos Aires.
- Cornejo, Gerardo; Alan Keller; Susana Lener y Leandro Azuara. Ley y Población de México. FEPAC. México, 1975.
- De-la-Hanty Matuk, Guillermo. Corelación entre las escalas de valores de Allport, Herna y Lidzey y las calificaciones académicas de primero y cuarto año de la carrera de Psicología de la Universidad Iberoamericana. Tesis.Universidad Iberoamericana, 1973.
- Díaz Guerrero, Rogelio. El Diferencial Semántico del Idioma Español. Editorial Trillas. México, 1975.
- Sociocultura, Personalidad en acción y la ciencia de la Psicología. Inccapac. México, 1977.
 - y Morales Castillo, Ma. Luisa. Tres estudios para la proyectada división de investigación de ciencias sociales del Instituto Mexicano del Seguro Social. Inccapac. México, 1978.
- Dorsch, Friedrich. Diccionario de Psicología. Editorial Herder. Barcelona, 1977.

- English H.B. y English A. Ch. Diccionario de Psicología y Psicoanálisis. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1977.
- Encuesta Nacional de Prevalencias en el Uso de Métodos Anticonceptivos. Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar. México, 1979.
- Esparza, Ricardo (V. Michigan). The Value of Children Among Lower Chass Mexican. Mexican American and Anglo Couples. Disertation abstracts, 1397-1398.
- Ey Henri, Bernard P. y Brisset, Ch. Tratado de Psiquiatría. 6a. Edición. Toray-Masson, S.A. Barcelona, España, 1974.
- Fishbein, Martin. Attitude Theory and Measurement. Ed. Martin Fishbein. Department of Psychology, 1976. University of Illinois.
- Ford Foundation. Adrienne Germain. Women at Mexico. Beyond Family Planning acceptors a Ford Foundation Reprint from Family Planning Perspectives. Vol. 7. No. 5., 1975.
- González Andion, Clara. Actitudes hacia la contracepción en tres grupos de mujeres socioeconómicamente distintos. Tesis, 1975. Universidad Iberoamericana.
- González González, Humberto. Medición de Actitudes. Tesis, 1973. Facultad de Psicología, UNAM.
- González Loera, Silvia Ma. Correlación entre una prueba de conocimientos, capacidad interactuual y la prueba de Edwards, tomando las escalas de ambición, orden, exhibicionismo, autonomía, dominio, cambio y resistencia. Tesis. Universidad Iberoamericana, 1974.

Gutiérrez Martínez, Rodolfo E. Análisis de la técnica y problemas inherentes a la construcción de una escala de actitudes. Tesis, 1966. Facultad de Psicología, UNAM.

Informes Médicos Esterilización.

Serie C Número 1 Enero 1973.

Serie C Número 2 Marzo 1973.

Serie C Número 3 Junio 1973.

Asociación Colombiana para el Estudio de la Población.

Informe sobre Población-Planificación Familiar.

Número 12

Número 14

Consejo de Población, Colombia, 1975.

Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM. y Centro de Estudios Económicos y Demográficos de El Colegio de México. Encuestas comparativas de Fecundidad en América Latina, zonas rurales. 1968.

Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM. Encuesta Mexicana de Fecundidad.- Primer Informe Nacional. México, 1979.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Anuario Estadístico de Labores de la Jefatura de Servicios de Planificación Familiar. Sub-Dirección General Médica del I.M.S.S. México, 1978.

INTERCOM (Noticiero internacional de población). Una publicación del Population Reference Bureau, Inc. Volumen 1, Número 3, 1979.

International Bank for Reconstruction and Development. Planificación demográfica; documento de trabajo sobre el sector. Washington, 1971.

- International Conference on Family Planning Programs. Ginebra, 1965. Planificación Familiar y programas de población; selección y traducción de la Memoria de la Primera....
Supervisión y Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Bogotá). Ediciones 3er. Mundo. Auspiciada por la Fundación Ford y el Consejo de Población.
- International Planned Parenthood Federation. La Planificación Familiar en Cinco Continentes: Africa, América, Asia, Europa y Oceanía. 1976. Londres.
- I.P.P.F. Planned Parenthood Federation of America, Inc. 1970. Revisado en 1974.
- I.P.P.F. Esterilización masculina y femenina. Informe preparado por el Comité Médico Central de la I.P.P.F., reunidos en Londres el 19 y 20 de abril de 1975. Editado por R.L. Kleinman.- M.B., CH.B., A (obst) R.C.O.G.
- I.P.P.F. Law and Planned Parenthood. London, England, 1978.
- Isbister John William, 1942. Control de la natalidad, redistribución de los ingresos y la tasa de ahorro; el caso de México (Santiago de Chile). Centro Latinoamericano de Demografía 1975 (CELADE. Serie D. No. 83) Sobretiro de: Demographi. Vol. 10. No. 1, 1973.
- Jekel, J.F. and Others. AM. J. PUB. Helat 67:621-5 J1177. Became mothers and adolescents. Ser. Médicos y Hemeroteca de Facultad de Medicina.
- Klineberg, Otto. Psicología Social. Editorial Fondo de Cultura Económica. México, 1963.

- Lingren, Henry. *Introducción a la Psicología Social*. Editorial Trillas. México, 1979.
- Magnusson, David. *Teoría de los Test*. Editorial Trillas, México, 1972.
- Manning, Sidney. *Elaboración de escala de actitudes y psicofísica clásica*. Editorial Trillas. México, 1976.
- Martínez Chaidez, Mateo. *Construcción de una escala de actitud hacia la actual distribución de la riqueza en México*. Tesis. Universidad Iberoamericana, 1977.
- Mateos Candano, Manuel, Bueno Lázaro, Rosalba y Chávez M., Luis Fernando. *Actitud y anticoncepción.- Estudio de la actitud de 500 mujeres de una área urbana de la ciudad de México*. Editor: Centro de Estudios Reproducción A.C., CERAC. México, 1968.
- Mavemann, Ernest. *Control de la Natalidad. Control de la Natalidad y los Directores de Life. Una Carpeta con: Oral Prugestins in fertility control; a comparative study, por Edris Rico Wray y otros*: Archivo CIDOC de documentos 312.
- Maxwell Gabirler M. and Sik Hung NG. *Views of Dunedin Public on the recommendations of the Royal commission on Contraception Sterilization and abortion in New Zealand*. University of Otago, 1977.
- Melvin H. Marx y William A. Hillix. *Sistemas y Teorías Psicológicas Contemporáneos*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1969.
- Menta, P.V. and K.B. Pathak. (-) - (Maternal child health municipal hospital Probhadey, Bombay India and international Inst... Population Studies, Deonar Bombay, India) Some problems of compulsion in family planning, *Journal of Biosocial Science*, 1977-79, 3 July.

Morales Castillo, Ma. Luisa. Estudios Preliminares de algunos factores psicococio-culturales que influyen en la conducta de procreación. Inccapac, México, 1976.

Myaing Thein Tin; Jack Reynolds. Esterilización femenina en Costa Rica (1959-1969) Universidad de Costa Rica. Centro de Estudios Sociales y de Población. CESPO. Depto. de Evaluación. 1973.

Pathak K.B. and C.V.S. Prasad. Demography 14. Model for Estimating Adolescent Sterility Among.

Pick Susan de Weiss. Estudio Social Psicológico de la Planificación Familiar. Siglo XXI Editores. México, 1979.

Presser Harriet B. La esterilización y el descenso de la fecundidad en Puerto Rico. Berkeley, California; University of California Inst. of Est. Internal, 1973.

Populations Reports. Tópicos Especiales. Núm. 2, 1978.

Revista de Ginecología y Obstetricia de México.

Volumen 25	Año XXIV	Número 152
Volumen 26	Año XXIV	Número 156
Volumen 30	Año XXIV	Número 178
Volumen 33	Año XXVIII	Número 196 y 199
Volumen 34	Año XXVIII	Número 205
Volumen 35	Año XXIX	Número 208 y 209
Volumen 39	Año XXXI	Número 235
Volumen 43	Año XXXIII	Número 259
Volumen 44	Año XXXIII	Número 266

Rock John Charles. Control de la Natalidad. Barcelona. Editorial Seix Barral. 1964.

- Rodríguez, Aroldo. *Psicología Social*. Editorial Trillas. México, 1979.
- Rose Hilar y Rose Steven. *Economía Política de la Ciencia*. Editorial Nueva Imagen, 1979.
- Sauceda de Flores, Ma. del Carmen. *Actitudes de un grupo de adolescentes urbanos de la ciudad de México frente al sexo*. Tesis, 1975. Facultad de Psicología, UNAM.
- Serrano Sánchez, Irene. *Estudio exploratorio sobre las actitudes hacia el papel de la mujer en México*. Tesis, 1976. Fac. de Psicología, UNAM.
- Shapiro Ackerman, Elias, et.al. *Consecuencias e Interacciones Psicológicas Presentes con el uso de la Salpingoclasia*. *Revista de Gineco-Obstetricia*. Vol. 43, Año XXXIII, Núm. 259. 1978.
- Sidney Siegel. *Estadística no Paramétrica*. Editorial Trillas, 1972.
- Sills David L. *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*. Libros: 1, 2, 7 y 8; Dirigida por L. Sills David. Editorial Aguilar.
- Stagner Ross. *Psicología de la Personalidad*. Editorial Trillas, México, 1976.
- Sterilization (Birth Control). *Compulsory sterilization*. *Asintia Discent* 24: 9405, wint 177.
- Summers, Gene F. *Medición de actitudes*. Editorial Trillas. México, 1976.
- Sterilization (Birth Control). *Compulsory sterilization*. *Asinha*. *Dissent* 24:9405 Wint 177. *Induced abortion and sterilization among women*.
- Talbert Carol S. (Washington V. St. Louis). *Ethnography of poor women: Family Design and nataly*. *Dissertation abstracts international* 1977 (JUN) Vol. 37 (12-A, p t 1).

- The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 156, No. 5. U.S.A., 1973.
- Warren, Howard C. Diccionario de Psicología. Editorial Fondo de Cultura Económica. México.
- Westoff Charles F. & Elise F. Jones. (Princeton Y, HJ 08540 7 U Pennsylvania. Philadelphia 10104), Contraception and sterilization in the United States, 1965-1975. Family Planning Perspectives, 1977, 9, 4 Jul.
- Whittaker James O. La Psicología Social en el mundo de hoy. Editorial Trillas, México, 1979.
- Wig M.N. et. al. (postgraduate inst. of medical education and research, Chandigarh, India). Usefulness of preoperative assessment in the prediction of psychiatric disturbances following tubal ligation. Indian Journal of clinical Psychology 1977, Vol. 4 mar.
- Winston R. Schwyhart, M.A. A Reanalysis of female reactions to contraceptive sterilization.
- Young K., et. al. Psicología de las actitudes. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1967.
- Yudie, Hall. Sexual Behavior.
- Zambrano Lupi Jorge. La relación entre la fecundidad y el grado de escolaridad en el medio rural mexicano y en la ciudad de México. Tesis, Colegio de México. Centro de Estudios Económicos y Demográficos, 1977.

Chavero González, Adrian. "El Ingreso familiar entre estudiantes de educación media (Metodología y análisis de una encuesta). Tesis profesional, Facultad de Economía, UNAM, México, 1976.

Tovar R. Aurora. "El adolescente y el científico. La percepción social del científico en los adolescentes de escolaridad media. Tesis profesional, Facultad de Psicología, UNAM, México, 1976.

A N E X O S

APENDICE ESTADISTICO

ANEXO 5.1	EDAD CRONOLOGICA DE LA MUJER EN EL MOMENTO DE LA ENCUESTA	
E D A D	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS %
15 — 19	146	10.2
20 — 24	395	27.6
25 — 29	361	25.2
30 — 34	241	16.8
35 — 39	161	11.2
40 y más	129	9.0
T O T A L	1433	100.0
Fuente: DATOS OBTENIDOS EN LA ENCUESTA SOBRE ACTITUD ANTE LA ESTERILIZACION 1979		

ANEXO 5.2	NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA ENTREVISTADA EN EL MOMENTO DE LA ENCUESTA	
ULTIMO AÑO QUE TERMINO EN LA ESCUELA	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS %
1 — 3	287	20.0
4 — 5	173	12.1
PRIMARIA COMPLETA	447	31.2
SECUNDARIA INCOMPLETA	150	10.5
SECUNDARIA COMPLETA	167	11.7
PREPARATORIA INCOMPLETA	17	1.2
PREPARATORIA COMPLETA	16	1.1
PROFESIONAL INCOMPLETA	11	0.8
NINGUNA	165	11.5
TOTAL	1433	100.0

ANEXO 5.3	TIPO DE RELIGION DE LAS ENTREVISTADAS	
QUE RELIGION TIENE:	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS %
CATOLICA (practicantes)	804	56.1
CATOLICA (no practicantes)	571	39.8
PROTESTANTE	42	2.9
NINGUNA	16	1.1
T O T A L	1433	100.0

ANEXO 5.4	CLASIFICACION LABORAL DEL JEFE DE FAMILIA	
OCUPACION DEL JEFE DE FAMILIA	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS %
NO TRABAJAN	28	2.0
SECTOR AGROPECUARIO	8	0.6
SECTOR INDUSTRIAL	700	49.0
SECTOR SERVICIOS	676	47.0
OTROS	3	0.2
SIN DATO	18	1.2
TOTAL	1433	100.0

ANEXO 5.5	TIPO DE TRABAJO DEL JEFE DE FAMILIA	
TIPO DE TRABAJO DEL JEFE DE FAMILIA	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS %
NO TRABAJA	28	2.0
FIJO	824	57.5
EVENTUAL	563	39.3
SIN DATO	18	1.2
TOTAL	1433	100.0

ANEXO 5.6	OCUPACION DE LA USUARIA ENTREVISTADA	
FRECUENCIA OCUPACION DE LA USUARIA	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS %
NO TRABAJAN	1262	88.1
SECTOR INDUSTRIAL	13	0.9
SECTOR SERVICIOS	158	11.0
T O T A L	1433	100.0

ANEXO 5.7	TIPO DE TRABAJO DE LA ENTREVISTADA	
TIPO DE TRABAJO DE LA USUARIA	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS %
NO TRABAJA	1262	88.1
FIJO	80	5.6
EVENTUAL	82	5.7
SIN DATO	9	0.6
TOTAL	1433	100.0

ANEXO 5.8		TOTAL DE INGRESOS APORTADOS AL GASTO FAMILIAR		
INGRESOS		FRECUENCIAS	ABSOLUTAS	RELATIVAS (%)
MENOS DE 99			2	0.1
100	— 249		25	1.7
250	— 399		102	7.1
400	— 549		364	25.4
550	— 699		188	13.1
700	— 849		324	22.6
850	— 999		55	3.8
1000	— 1149		171	11.9
1150	— 1299		52	3.6
1300	— 1449		28	2.0
1450	— 1549		41	2.9
1550	— 1999		40	2.8
2000	— 2449		26	1.8
2450	— 2999		5	0.3
3450	— 3999		1	0.1
4000	— 4449		4	0.3
SIN DATO			5	0.3
TOTAL			1433	100.0

ANEXO 5.9	TIPO DE CASA DE LA ENTREVISTADA	
SU CASA ES:	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS (%)
RENTADA	695	48.5
PROPIA	484	33.8
PRESTADA	253	17.7
SIN DATO	1	0.1
TOTAL	1433	100.0

ANEXO 5.10	NUMERO DE CUARTOS DE LA VIVIENDA DE LA USUARIA	
CUARTOS QUE TIENE LA CASA	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS (%)
1	202	14.1
2	500	34.9
3	319	22.3
4	211	14.7
5	106	7.4
6	56	3.9
7	20	1.4
8	9	0.6
9	9	0.6
SIN DATO	1	0.1
T O T A L	1433	100.0

ANEXO 5.11	NUMERO DE PERSONAS QUE HABITAN EN LA CASA DE LA USUARIA	
PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS (%)
1	2	0.1
2	38	2.7
3	231	16.1
4	351	24.5
5	249	17.4
6	199	13.9
7	139	9.7
8	82	5.7
9	54	3.8
10	41	2.9
11	19	1.3
12	15	1.0
13	3	0.2
14	3	0.2
15	2	0.1
18	1	0.1
19	3	0.2
22	1	0.1
T O T A L	1433	100.0

ANEXO 5.12	NUMERO DE MUJERES QUE IDENTIFICARON EL METODO DEFINITIVO DE CONTROL NATAL		
IDENTIFICA EL METODO	CUAL ES ESE METODO	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS (%)
S I 80 %	OPERAR O LIGAR	839	59
	VASECTOMIA	93	6
	LIGADURA Y VASECTOMIA	219	15
N O 20 %	INYECTARSE	37	3
	TOMAR PASTILLAS	30	2
	DISPOSITIVO	41	3
	NO SABE	174	12
	T O T A L	1433	100.0

ANEXO 5.13	MUJERES QUE CONOCEN EL SIGNIFICADO DEL METODO ESTERILIZACION		
CONOCE EL SIGNIFICADO	QUE DE BUENO TIENE OPERARSE	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS (%)
SI 81 %	NO EMBARAZARSE	542	37.8
	NO EMBARAZARSE Y DEJAR DE USAR LOS METODOS ANTICON- CEPTIVOS	619	43.2
NO 19 %	NO USAR OTROS METODOS	267	18.6
	NO CONTESTO	5	0.3
	T O T A L	1433	100.0

ANEXO 5.14	MUJERES QUE CONOCEN LAS IMPLICACIONES DEL METODO DEFINITIVO DE CONTROL NATAL		
CONOCE EL SIGNIFICADO	QUE VENTAJAS TIENE OPERARSE O LIGARSE	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS (%)
SI 80 %	NO TENER HIJOS	1146	80.0
NO 20 %	ESPACIAR LOS HIJOS	151	10.5
	NO SABE	136	9.5
T O T A L		1433	100.0

ANEXO 5.15	METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE USA LA USUARIA ENTREVISTADA	
USAN METODOS	ABSOLUTOS	RELATIVOS (%)
NO	107	7.5
SI	1321	92.2
SIN DATO	5	0.3
TOTAL	1433	100.0

CUAL ES EL METODO QUE USA ACTUALMENTE	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS (%)
PASTILLAS	411	31
INYECCIONES	261	20
DISPOSITIVO	636	48
PRESERVATIVOS Y ESPERMATICIDAS	13	1
TOTAL	1321	100.0

ANEXO 5.16	TIEMPO DE UTILIZAR LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS	
DESDE CUANDO SE CONTROLA	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS (%)
NO SE CONTROLA	107	7.5
MENOS DE 1 AÑO	292	20.4
1 - 2 AÑOS	306	21.4
3 - 4 AÑOS	301	21.0
5 - 6 AÑOS	224	15.6
7 - 8 AÑOS	106	7.4
9 Ó MAS AÑOS	92	6.4
SIN DATO	5	0.3
T O T A L	1433	100.0

ANEXO 5.17	NUMERO DE MUJERES QUE CONOCEN EL METODO DE ESTERILIZACION POR MEDIO DE LOS CENTROS FEPAC		
EN ESTE CENTRO LE HAN EXPLICADO SO- BRE ESTE METODO PA- RA NO EMBARAZARSE :	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS (%)	
SI	658	45.9	
NO	770	53.7	
NO CONTESTO	5	0.3	
T O T A L	1433	100.0	

ANEXO 5.18	NUMERO DE HIJOS ADICIONALES QUE LA MUJER ENTREVISTADA DESEA	
CUANTOS HIJOS MAS DESEA TENER ADEMAS DE LOS QUE YA TIENE:	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS (%)
NINGUNO	830	57.9
UNO	394	27.5
DOS	175	12.2
TRES	26	1.8
CUATRO	8	0.6
TOTAL	1433	100.0

ANEXO 5.19	NUMERO DE HIJOS IDEALES QUE SE DEBEN TENER PARA OPERARSE	
CON CUANTOS HIJOS ES MEJOR OPERARSE:	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS (%)
1	21	1.5
2	335	23.4
3	657	45.8
4	291	20.3
5	87	6.1
6 O' MAS	41	2.9
NO CONTESTA	1	0.1
T O T A L	1433	100.0

ANEXO 5.20	EDAD A LA QUE UNA MUJER DEBE ESTERILIZARSE	
A QUE EDAD DEBERIA OPERARSE LA MUJER:	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS (%)
J O V E N	331	23.1
A D U L T A	895	62.5
L A S D O S	205	14.3
N I N G U N A	2	0.1
T O T A L	1433	100.0

ANEXO 5.21	INFLUENCIA DE LA EDAD O DEL NUMERO DE HIJOS PARA ESTERILIZARSE	
QUE INFLUYE MAS PARA QUE UNA MUJER SE OPERE:	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS (%)
NUMERO DE HIJOS	864	60.3
EDAD DE LA MUJER	256	17.9
LAS DOS	311	21.7
SIN DATO	2	0.1
TOTAL	1433	100.0

<p>A N E X O</p> <p>5.22</p>	<p>DISPOSICION DE LA MUJER PARA OPTAR POR LA ESTERILIZACION (antes de la aplicación del cuestionario)</p>	
<p>LE GUSTARIA OPERARSE:</p>	<p>FRECUENCIAS ABSOLUTAS</p>	<p>FRECUENCIAS RELATIVAS (%)</p>
<p>S I</p>	<p>452</p>	<p>31.5</p>
<p>N O</p>	<p>980</p>	<p>68.4</p>
<p>N O C O N T E S T O</p>	<p>1</p>	<p>0.1</p>
<p>T O T A L</p>	<p>1433</p>	<p>100.0</p>

ANEXO 5.23	DISPOSICION DE LA MUJER PARA OPTAR POR LA ESTERILIZACION (al finalizar la entrevista)		
USTED SE OPERARIA?	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS (%)	
SI	1076	75.1	
NO	355	24.8	
NO SABE	2	0.1	
TOTAL	1433	100.0	

A N E X O 5. 24	ELECCION DE LA ENTREVISTADA PARA QUE EL HOMBRE O LA MUJER OPTEN POR LA ESTERILIZACION	
QUIEN DE LOS DOS ES MEJOR QUE SE OPERE:	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS (%)
M U J E R	555	38.7
H O M B R E	316	22.1
CUALQUIERA DE LOS DOS	560	39.1
S I N D A T O	2	0.1
T O T A L	1433	100.0

ANEXO 5.25	ELECCION DE LA ENTREVISTADA PARA QUE LAS MUJERES ACTIVAS E INACTIVAS ECONOMICAMENTE SE ESTERILICEN	
CUAL DE ESTAS MUJERES DEBE OPERARSE:	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS (%)
TRABAJA FUERA DEL HOGAR	157	11.0
NO TRABAJA	183	12.8
LAS DOS	1091	76.1
SIN DATO	1	0.1
NO CONTESTA	1	0.1
TOTAL	1433	100.0

ANEXO 5.26	CONSECUENCIAS POST-OPERATORIAS A LA ESTERILIZACION VOLUNTARIA	
QUE LE PUEDE PASAR A LA MUJER DESPUES DE OPERADA:	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS (%)
SE ENFERMA	434	30.3
NADA	977	68.2
LAS DOS	3	0.2
NO SABE	19	1.3
TOTAL	1433	100.0

ANEXO 5.27	CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS POST-OPERATORIAS A LA ESTERILIZACION VOLUNTARIA	
COMO ESTARIA DES- PUES DE OPERARSE:	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS (%)
TRISTE	134	9.4
INDIFERENTE	298	20.8
CONTENTA	937	65.4
ENOJADA	64	4.5
TOTAL	1433	100.0

ANEXO 5.28	ACTITUD DEL ESPOSO DE LA USUARIA HACIA LA ALTERNATIVA DE OPERARSE	
SI USTED SE OPERARA ESTARIA DE ACUERDO SU ESPOSO:	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS (%)
NO	510	35.6
SI	919	64.1
SIN DATO	4	0.3
TOTAL	1433	100.0

ANEXO 5.29	DISPOSICION DE LA MUJER PARA ESTERILIZARSE EN OPOSICION DEL ESPOSO	
SI NO ESTUVIERA DE ACUERDO SU ESPOSO UD. SE OPERARIA:	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS (%)
NO	648	45.2
SI	782	54.6
SIN DATO	3	0.2
TOTAL	1433	100.0

ANEXO 5.30	ACTITUD DE LA FAMILIA DEL ESPOSO ANTE LA DECISION DE LA ENTREVISTADA PARA ESTERILIZARSE	
COMO SE PONDRIA LA FAMILIA DE SU ESPOSO SI SE OPERARA:	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS (%)
ENOJADA	315	22.0
CONTENTA	456	31.8
INDIFERENTE	657	45.8
NINGUNA	5	0.3
TOTAL	1433	100.0

ANEXO 5.31	ACTITUD DE LA FAMILIA DE LA USUARIA ANTE SU DECISION PARA ESTERILIZARSE	
COMO SE PONDRIA LA FAMILIA DE UD. SI SE OPERARA:	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS (%)
CONTENTA	779	54.4
ENOJADA	165	11.5
INDIFERENTE	488	34.1
NINGUNA	1	0.1
TOTAL	1433	100.0

A N E X O 5.32	FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DISPOSICION PARA ESTERILIZARSE		
PORQUE ALGUNAS MUJERES NO SE OPERAN:	F R E C U E N C I A S A B S O L U T A S	F R E C U E N C I A S R E L A T I V A S (%)	
1 MIEDO A QUE EL MARIDO LAS ABANDONE	627	43.8	
2 FALTA DE DINERO	420	29.3	
3 DEJAR A SUS HIJOS	331	23.1	
FALTA DE DINERO Y DEJAR A SUS HIJOS	22	1.5	
N I N G U N O	31	2.2	
1 - 2 - 3	2	0.1	
T O T A L	1433	100.0	

ANEXO 5.33	ACTITUD DE LA INSTITUCION ECLESIASTICA HACIA LA ESTERILIZACION	
QUE LES DICE EL CURA A LAS MUJERES QUE SE OPERAN:	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS (%)
LAS REGAÑAN	855	59.7
LAS FELICITA	563	39.3
NO SABE	15	1.0
TOTAL	1433	100.0

ANEXO 5.34	RECHAZO DEL MEDIO MORAL HACIA LA MUJER ESTERILIZADA	
QUIEN SE ENOJARIA MAS SI LAS MUJERES SE OPERAN:	FRECUENCIAS ABSOLUTAS	FRECUENCIAS RELATIVAS (%)
EL CURA	809	56.5
EL DOCTOR	30	2.1
EL ESPOSO	547	38.2
NINGUNO	47	3.3
TOTAL	1433	100.0

A N E X O 5.35	M E D I O M O R A L F R E N T E A L A M U J E R E S T E R I L I Z A D A	
Q U I E N S E P O N D R I A M A S C O N T E N T O :	F R E C U E N C I A S A B S O L U T A S	F R E C U E N C I A S R E L A T I V A S (%)
E L D O C T O R	642	44.8
E L E S P O S O	700	48.8
E L C U R A	79	5.5
E S P O S O O D O C T O R	11	0.8
N I N G U N O	1	0.1
T O T A L	1433	100.0

A N E X O 5.36		RELACION DE HIJOS VIVOS Y LOS HIJOS ADICIONALES DE LA MUJER EN EL MOMENTO DE LA ENCUESTA					
HIJOS VIVOS \ HIJOS ADICIONALES		0	1	2	3	4	TOTAL
		0	6 .41	2 .13	24 1.67	1 .06	2 .13
1	35 2.44	131 9.14	81 5.65	18 1.25	3 .20	268 18.70	
2	162 11.30	169 11.79	52 3.62	4 .27	2 .13	389 27.0	
3	165 11.51	60 4.18	11 .76	3 .20	1 .06	240 16.81	
4	167 11.65	15 1.04	6 .41			188 13.11	
5	108 7.53	7 .48	1 .06			116 8.16	
6	69 4.81	3 .20				72 5.02	
7	49 3.41	1 .06				50 3.48	
8	30 2.09	3 .20				33 2.30	
9	16 1.11	2 .13				18 1.25	
10	11 .76					11 .76	
11	7 .48					7 .48	
12	4 .27	1 .06				5 .34	
13	1 .06					1 .06	
T O T A L		830	394	175	26	8	1433
		% 57.92	27.49	12.21	1.81	.55	100.0

A N E X O 5. 37		NUMERO DE HIJOS VIVOS EN RELACION AL NUMERO DE HIJOS IDEALES PARA OPERARSE					
HIJOS VIVOS / HIJOS IDEALES	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 13	TOTAL	
1 %	2 0.13	8 0.6	8 0.6	1 0.1		19 1.3	
2 %	9 0.62	195 13.6	67 4.7	34 2.4	29 2.0	334 23.3	
3 %	14 0.97	313 21.8	190 13.3	89 6.2	51 3.6	657 45.8	
4 %	6 0.41	107 7.5	131 9.1	18 1.3	28 1.9	290 20.2	
5 %		24 1.7	20 1.4	30 2.1	13 0.9	87 6.0	
6 ó MAS %	4 0.2	8 0.6	13 0.9	17 1.2	4 0.2	46 3.2	
TOTAL %	35 100	655 100	429 100	189 100	125 100	1433 100	

A N E X O
5.38

NUMERO DE HIJOS VIVOS Y CONSECUENCIAS POST-OPERATORIAS

QUE PASA DESPUES DE OPERAR- SE HIJOS VIVOS	SE ENFERMA		N A D A		NO SABE		T O T A L
		%		%		%	%
0	6	.4	29	2			35
1	81	5	187	13			268
2	102	7	283	20	2	.1	387
3	84	6	153	11	4	.3	241
4	61	4	122	9	5	.3	188
5	32	2	83	6	2	.1	177
6	26	2	45	3	1	.06	72
7	12	.8	38	3			50
8	11	.8	22	2			33
9	8	.6	10	.7			18
10	3	.2	8	.5			11
11	5	.3	2	.1			7
12	2	.1	3	.2			5
13	1	.06					1
T O T A L	434		985				1433 100

ANEXO 5.39	NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA USUARIA Y NUMERO DE HIJOS IDEALES PARA OPERARSE				
CON CUANTOS HIJOS ES MEJOR OPERARSE: CUAL ES EL ULTIMO AÑO QUE TERMINO EN LA ESCUELA:	1 - 2 HIJOS	3 HIJOS	4 HIJOS	5 - 6 HIJOS	TOTAL
NO ESCOLARIDAD %	34 2.4	60 4.2	39 2.7	32 2.2	165 11.5
PRIMARIA %	205 14.3	425 29.7	191 13.3	85 5.9	906 63.3
SECUNDARIA O MAS %	117 8.2	172 12.0	61 4.3	11 0.8	361 25.2
TOTAL %	356 24.9	657 45.9	291 20.3	128 8.9	1432 100.0

A N E X O		FACTORES QUE INFLUYEN EN LA MUJER PARA OPERARSE			
5.40					
QUE INFLUYE MAS PARA QUE UNA MUJER SE OPERE: A QUE EDAD DEBE OPERARSE UNA MUJER :		NUMERO DE HIJOS	EDAD DE LA MUJER	LAS DOS	T O T A L
J O V E N		213	68	50	331
%		14.9	4.8	3.5	23.2
A D U L T A		557	168	169	894
%		39.0	11.8	11.8	62.6
L A S D O S		93	19	92	204
%		6.5	1.3	6.4	14.3
T O T A L		863	255	311	1429
%		60.4	17.8	21.8	100.0

A N E X O 5.41		E D A D C R O N O L O G I C A D E L A M U J E R Y S U D I S P O S I C I O N P A R A O P E R A R S E					
D I S P O S I C I O N E D A D		N O		S I		T O T A L	
		A	%	A	%	A	%
15 - 19		41	28	105	72	146	100
20 - 29		176	23	580	77	756	100
30 - 39		97	24	305	76	402	100
40 Y MAS		43	33	86	67	129	100
T O T A L		357	25	1076	75	1433	100

A N E X O 5.42	NIVEL DE ESCOLARIDAD Y DECISION PARA DETERMINAR QUIEN DEBE ESTERILIZARSE			
QUIEN DE LOS DOS ES MEJOR QUE CUAL SE OPERE: FUE EL ULTIMO AÑO QUE TERMINO EN LA ESCUELA:	MUJER	HOMBRE	CUALQUIERA DE LOS DOS	T O T A L
NO ESCOLARIDAD %	79 47.9	31 18.8	55 33.3	165 100
PRIMARIA %	369 40.8	191 21.1	345 38.1	905 100
SECUNDARIA O MAS %	107 29.6	94 26.0	160 44.3	361 100
T O T A L %	555 38.8	316 22.1	560 39.1	1431 100

A N E X O 5.43		NUMERO DE HIJOS VIVOS Y FACTORES QUE INFLUYERON PARA QUE LA MUJER NO SE ESTERILICE						
PORQUE ALGUNAS MUJERES NO SE OPERAN:	NUMERO DE HIJOS VIVOS	MIEDO AL ESPOSO	FALTA DE DINERO	DEJAR A LOS HIJOS DURANTE LA OPERACION	FALTA DE DINERO Y DEJAR A LOS HIJOS	NINGUNO	TODAS	TOTAL
		0	%	11 31	16 46	7 20		1 3
1	%	129 48	68 26	60 22	5 2	6 2		268 100
2	%	186 48	116 30	75 19	4 1	6 2		387 100
3	%	116 48	70 29	45 19	2 1	8 3		241 100
4	%	68 36	62 33	49 26	4 2	4 2	1 1	188 100
5	%	44 38	36 30	34 29	2 2	1 1		117 100
6	%	21 29	19 26	28 39	2 3	2 3		72 100
7	%	15 30	13 26	17 34	2 4	2 4	1 2	50 100
8 A 13	%	37 50	20 27	16 21	1 1	1 1		75 100
TOTAL	%	627	420	331	22	31	2	1433

A N E X O		NUMERO DE HIJOS VIVOS Y FACTORES SOCIOECONOMICOS QUE INFLUYEN EN LA MUJER PARA NO ESTERILIZARSE											
5.44		FACTORES SOCIO-ECONOMICOS		MIEDO AL MARIDO		FALTA DE DINERO		DEJAR A LOS HIJOS		TOTAL		DEJAR HIJOS FALTA DE DINERO Y NINGUNO	GRAN TOTAL
HIJOS VIVOS		A	%	A	%	A	%	A	%	A	%		
0		11	32	16	47	7	21	34	100			1	35
1 - 3		431	50	254	29	180	21	865	100			31	885
4 - 7		148	36	130	32	128	32	406	100			22	515
8 - 13		37	51	20	27	16	22	73	100			1	74
TOTAL		627	46	420	30	331	24	1378	100			55	1433

A N E X O		N U M E R O D E H I J O S Y E D A D I D E A L P A R A E S T E R I L I Z A R S E			
5.45					
A QUE EDAD DEBE OPERARSE UNA MUJER:		J O V E N	A D U L T A	L A S D O S	T O T A L
CON CUANTOS HIJOS ES MEJOR OPERARSE:					
1 - 2 HIJOS		112	188	55	355
	%	31.5	53.0	15.5	24.8
3 HIJOS		149	407	101	657
	%	22.7	61.9	15.4	45.9
4 HIJOS		57	195	38	290
	%	19.7	67.2	13.1	20.3
5 - 6 HIJOS		13	105	10	128
	%	10.2	82.0	7.8	9.0
T O T A L		331	895	204	1430
	%	23.1	62.6	14.3	100.0

A N E X O		DISPOSICION DE LA MUJER PARA ESTERILIZARSE Y CONSECUENCIAS POST-OPERATORIAS				
5.46						
COMO SE PONE UNA MUJER DESPUES DE OPERARSE: USTED SE OPERARIA:		TRISTE	INDIFERENTE	CONTENTA	ENOJADA	TOTAL
		NO	66	77	188	24
%	18.6	21.7	53.0	6.8	24.8	
SI	68	221	748	39	1076	
%	6.3	20.5	69.5	3.6	75.2	
TOTAL	134	298	936	63	1431	
%	9.4	20.8	65.4	4.4	100.0	

A N E X O 5. 47	CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS Y FISIOLOGICAS POST-OPERATORIAS A LA ESTERILIZACION				
COMO SE PONE UNA MUJER DESPUES QUE LE DE OPERARSE: PUEDE PA- SAR A LA MUJER DESPUES DE OPERARSE;	TRISTE	INDIFERENTE	CONTENTA	ENOJADA	TOTAL
SE ENFERMA	85	98	209	42	434
%	19.6	22.6	48.2	9.7	30.8
N A D A	48	197	711	21	977
%	4.9	20.2	72.8	2.1	69.2
T O T A L	133	295	920	63	1411
%	9.4	20.9	65.2	4.5	100.0

ANEXO 5.48	ACEPTACION Y RECHAZO DEL ESPOSO DE LA USUARIA PARA QUE ELLA SE ESTERILICE		
SI EL NO ESTUVIERA DE ACUERDO USTED SU SEÑOR ESTARIA DE ACUERDO QUE USTED SE OPERE:	NO	SI	TOTAL
NO	310	200	510
%	21.7	14.0	35.7
SI	337	580	917
%	23.6	40.6	64.3
TOTAL	647	780	1427
%	45.3	54.7	100.0

ANEXO 5.49	ACEPTACION Y RECHAZO DE LOS FAMILIARES DE LA PAREJA POR LA MUJER QUE SE ESTERILIZA			
COMO SE PONDRIA LA FAMILIA DE UD. SI SE OPERARA: COMO SE PONDRIA LA FAMILIA DE SU ESPOSO SI USTED SE OPERARA	CONTENTA	ENOJADA	INDIFERENTE	TOTAL
ENOJADA	167 53.0	100 31.7	48 15.2	315 22.1
CONTENTA	401 88.1	25 5.5	29 6.4	455 31.9
INDIFERENTE	208 31.7	39 5.9	410 62.4	657 46.0
TOTAL	776 54.4	164 11.5	487 34.1	1427 100.0

ANEXO I

F E P A C

FUNDACION PARA ESTUDIOS DE LA POBLACION

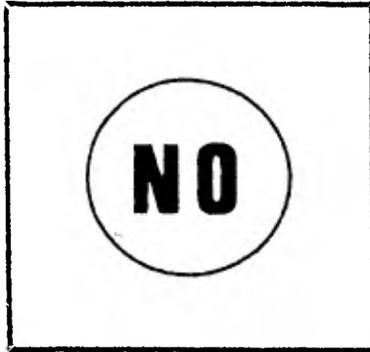
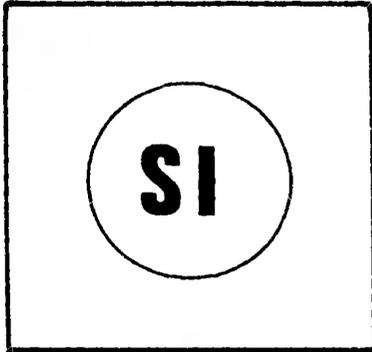
A. C.

Encuesta sobre actitud ante la esterilización
voluntaria de las usuarias en Zona
Metropolitana

A la Usuaría:

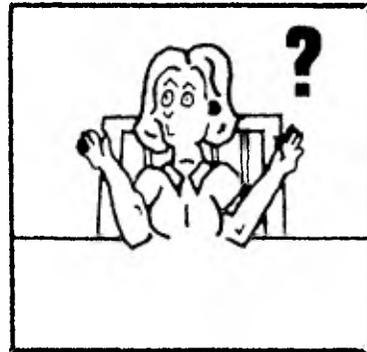
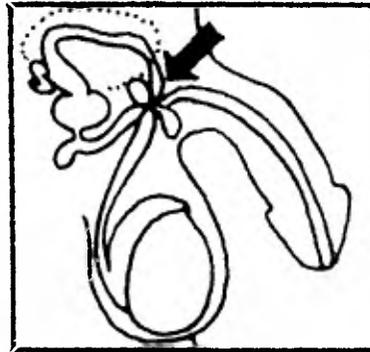
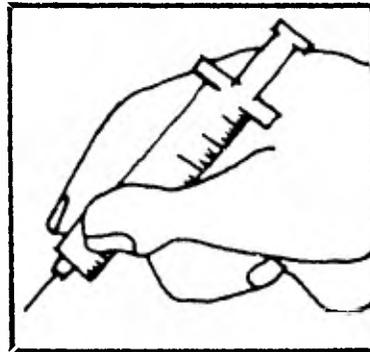
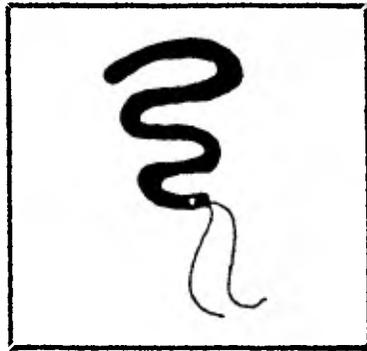
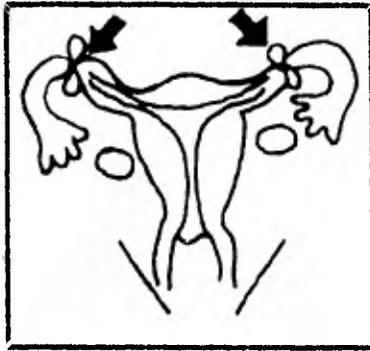
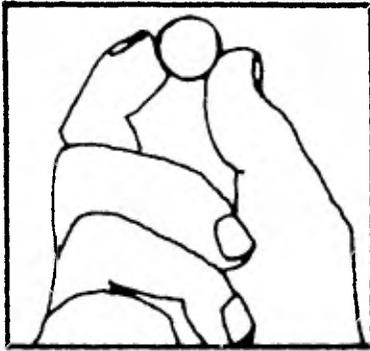
¿Me permite hacerle unas preguntas para conocer su opinión acerca de la "operación" ó ligadura de trompas?; son preguntas muy sencillas, dígalas con confianza. Le agradecemos mucho su cooperación porque para nosotros es muy importante es te estudio para mejorar el servicio que se le dá en éste Centro.

1



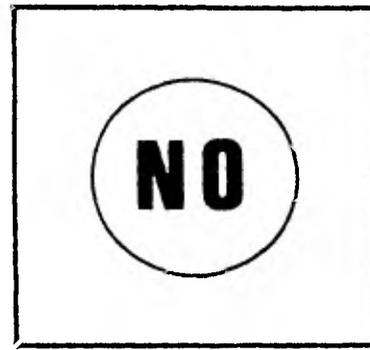
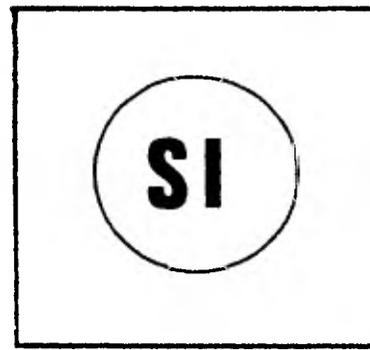
53

2



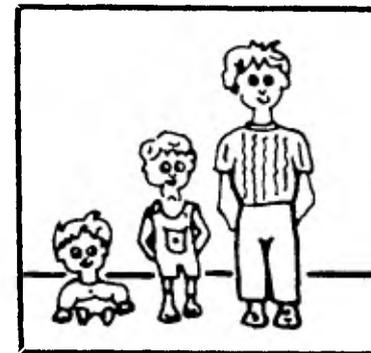
54

3



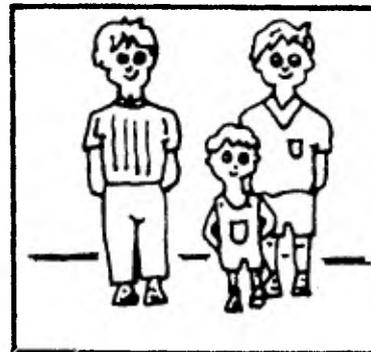
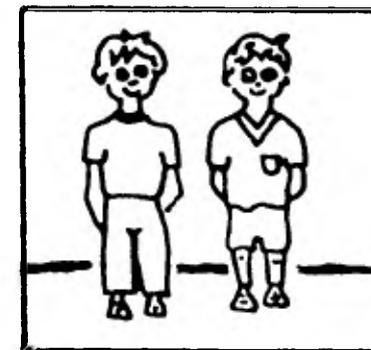
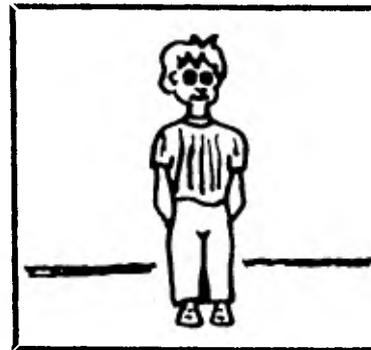
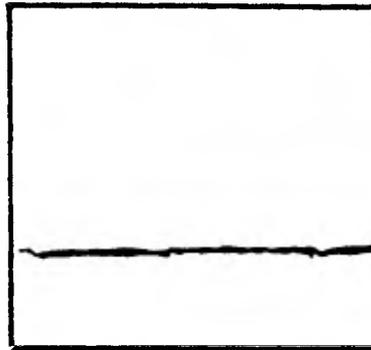
55

4



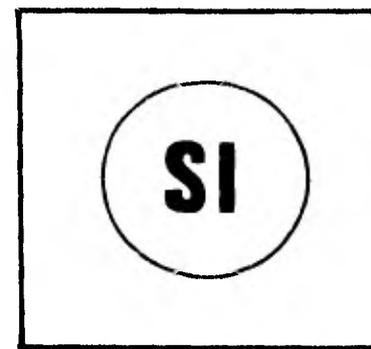
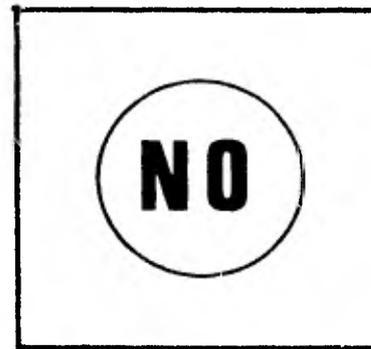
56

5



57

6



58

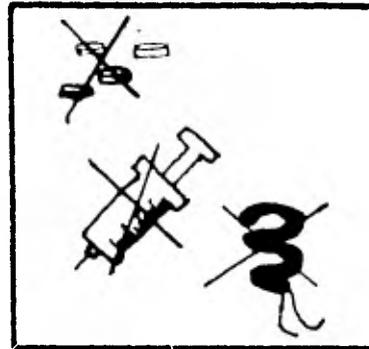
7



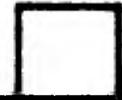
59



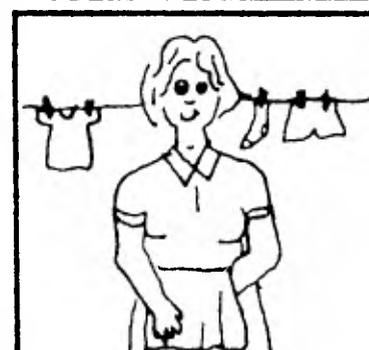
8



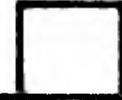
60



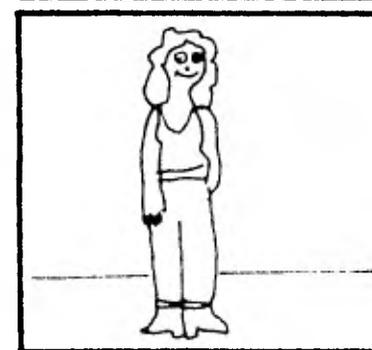
9



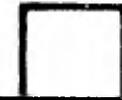
61



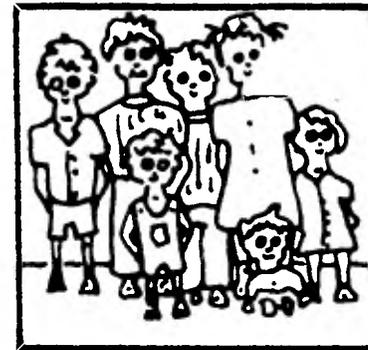
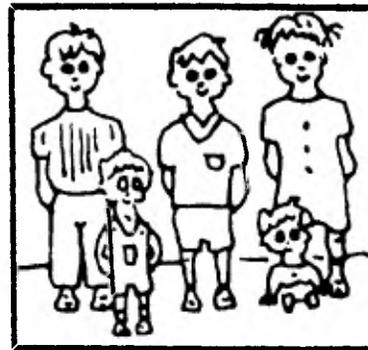
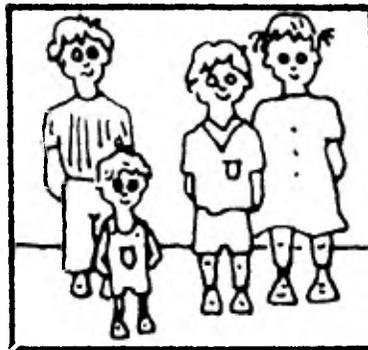
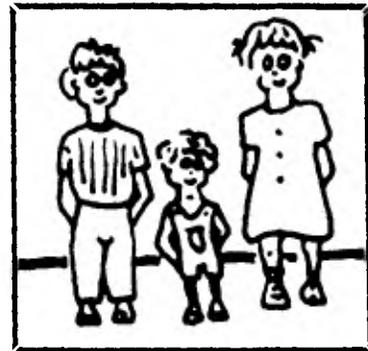
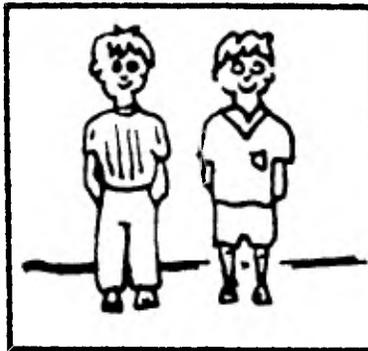
10



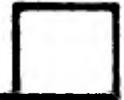
62



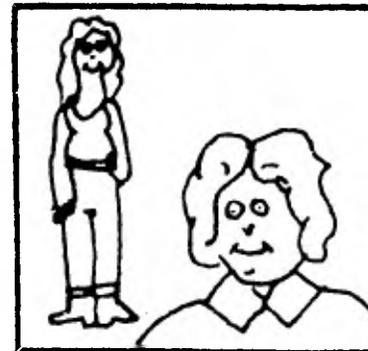
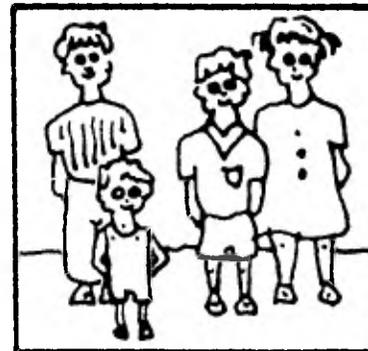
11



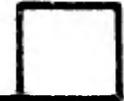
63



12



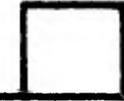
64



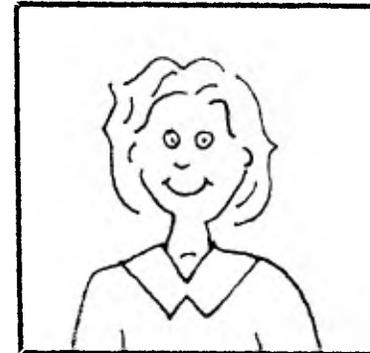
13



65

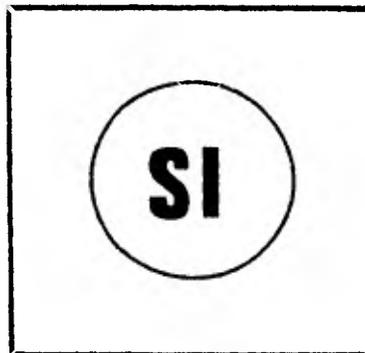
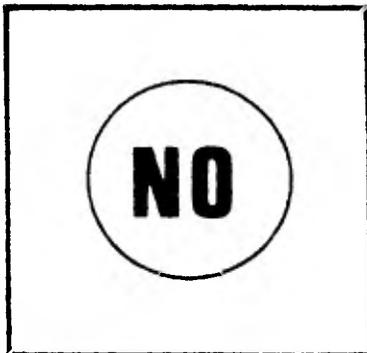


14



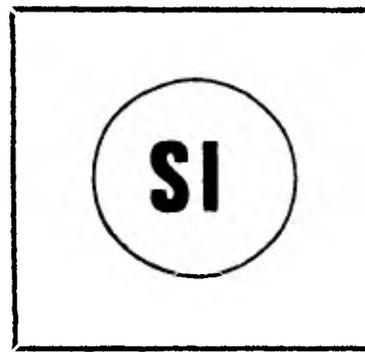
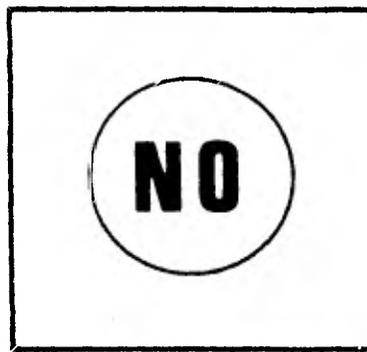
66

15



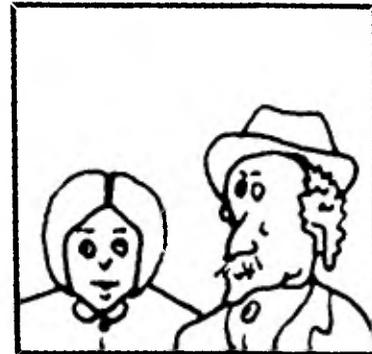
67

16

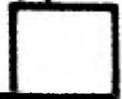


68

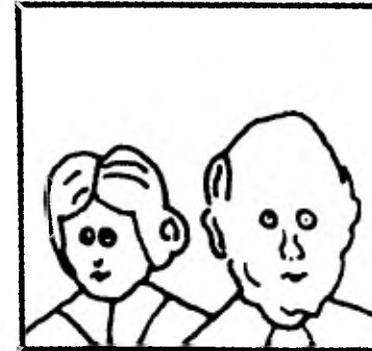
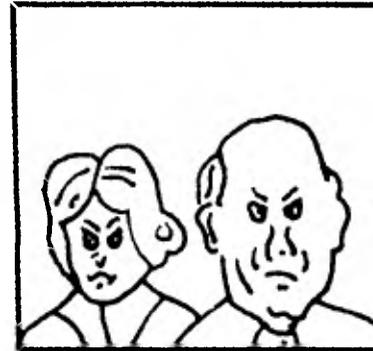
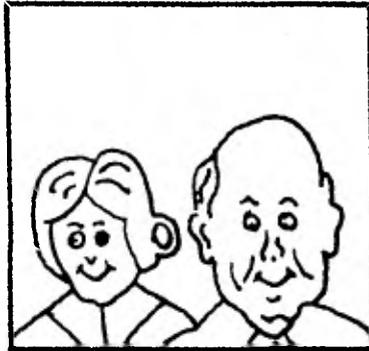
17



69



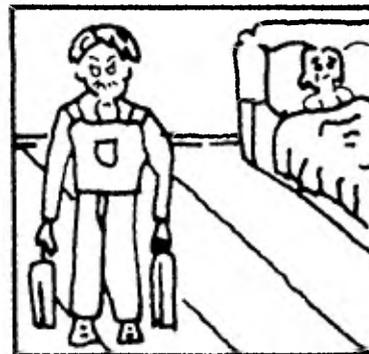
18



70



19



71



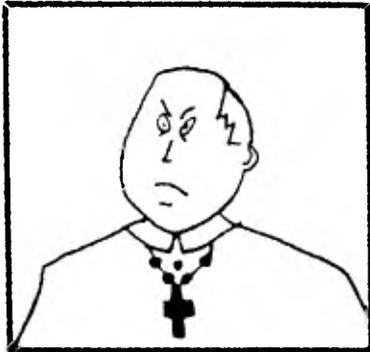
20



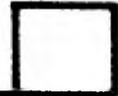
72



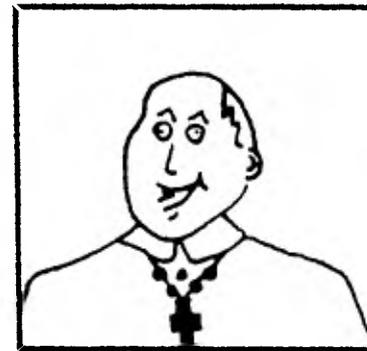
21



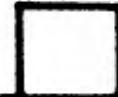
73



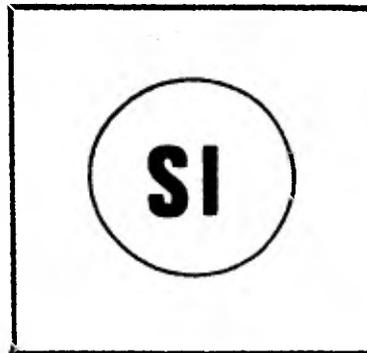
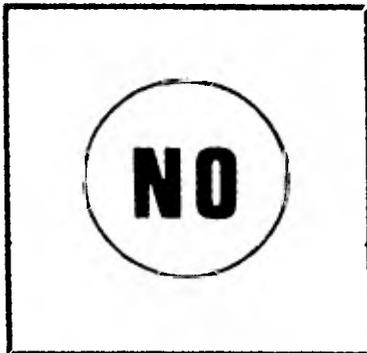
22



74



23



75



Actitudes de las usuarias ante la esterilización voluntaria.

No. Clínica

Nó. Cuestionario

Entrevistadora _____

Fecha _____

PARTE I
DATOS GENERALES

Indicaciones: Anotar la respuesta de la usuaria en el cuadro correspondiente.

1.- ¿Qué edad tiene Ud?.

2.- ¿Sabe leer?.

si

no

3.- ¿Sabe escribir?.

si

no

4.- ¿Cuál fué el último año que terminó en la escuela?.

5.- Usted está actualmente en unión libre, soltera, viuda, casada, divorciada, abandonada, separada.

6.- ¿Cuántos hijos vivos tiene Ud?

--	--

7.- ¿Qué religión tiene?

Católica (cree en Dios, comulga y se confiesa).

Católica (creyente: cree en Dios Pero No se confiesa ni comulga).

Protestante (Evangelista, anglicana).

Ninguna.

Otra

_____ (Especificar)

8.- ¿Con qué frecuencia va Ud. a la Iglesia?

Diario.

Cada 8 días.

Una vez al mes.

Cuando se festeja algo.

Nunca.

9.- Su casa es:

Rentada.

Propia.

Prestada.

10.- ¿Cuántos cuartos tiene?

--	--

11.- ¿Cuántas personas viven en su casa?

--	--

12.- ¿Quiénes dan gusto a la casa?

CONTRIBUYENTES.	OCUPACION	TIPO DE TRABAJO		¿Cuánto dinero aporta semanalmente a la casa?.
		FIJO	EVENTUAL	
Jefe de Familia				
Usuaría.				
Contribuyente 1				
Contribuyente 2				
Contribuyente 3				
Total de ingresos				

13.- ¿Cuántas personas viven
de este gasto?.

--	--

14.- ¿Desde cuándo se controla?

Primera vez

Menos de 1 año

1 a 2 años

3 a 4 años

5 a 6 años

7 a 8 años

9 años ó más

15.- ¿Qué método usa actualmente? _____

16.- Si contesta ninguno, ¿Por qué?

ANEXO I

PARTE II

ACTITUDES

Indicaciones: La usuaria debe marcar con una cruz la respuesta que ella elija. Leer las preguntas y señalar el significado de cada uno de los dibujos.

1.- ¿Sabe Ud. de un método para ya nunca embarazarse?

- (1) Sí
- (2) No

2.- ¿Cuál de estos métodos sirve para ya nunca embarazarse?

- (1) Tomar pastillas
 - (2) Operarse o ligarse
 - (3) Ponerse un dispositivo
 - (4) Inyectarse
 - (5) Vasectomía
 - (6) No sabe
- (Si no sabe dar explicación sobre ligadura de trompas)

3.- ¿En este centro le han explicado de este método?

(1) Sí

(2) No

4.- ¿Qué ventajas tiene operarse o ligarse?

(1) Ya no embarazarse

(2) No sabe

(3) Espaciar los hijos

5.- ¿Cuántos hijos quiere tener además de los que ya tiene?

(1) Ninguno

(2) Uno

(3) Dos

(4) Tres

(5) Cuatro o más

6.- ¿Le gustaría operarse para ya no volver a tener más hijos?

(1) No

(2) Sí

7.- ¿Quién de los dos es mejor que se opere?

(1) Hombre

(2) Mujer

(3) Los dos

8.- ¿Qué tiene de bueno operarse?

- (1) Ya no volver a embarazarse
- (2) Dejar de usar los demás métodos
- (3) Los dos

9.- ¿Qué le puede pasar a la mujer después de operarse?

- (1) Se enferma
- (2) Nada

10.- ¿A qué edad se debería operar la mujer para ya no embarazarse?

- (1) Joven
- (2) Adulta
- (3) Las dos

11.- ¿Con cuántos hijos es mejor operarse?

- (1) Uno
- (2) Dos
- (3) Tres
- (4) Cuatro
- (5) Cinco
- (6) Seis o más

12.- ¿Qué influye más para que la mujer se decida operar?

- (1) Número de hijos
- (2) Edad de la mujer
- (3) Los dos

13.- ¿Cuál de estas mujeres debe operarse?

- (1) Mujer que trabaja fuera del hogar
- (2) Mujer que no trabaja
- (3) Las dos

14.- ¿Cómo estaría una mujer después de operarse?

- (1) Triste
- (2) Indiferente
- (3) Contenta
- (4) Enojada

15.- ¿Si usted se operara estaría de acuerdo su señor?

- (1) No
- (2) Sí

16.- Si no estuviera de acuerdo su señor, ¿lo haría de todos modos?

- (1) No
- (2) Sí

17.- ¿Cómo se pondría la familia de su esposo si usted se operara?

- (1) Enojada
- (2) Contenta
- (3) Indiferente

18.- ¿Y la familia de Usted?

- (1) Contenta
- (2) Enojada
- (3) Indiferente

19.- ¿Por qué algunas mujeres no se operan?

- (1) Miedo a que el esposo ya no las use o las abandone
- (2) Falta de dinero para la operación
- (3) Dejar a sus hijos durante la operación

20.- ¿Qué les dice el cura a las mujeres que se operan?

- (1) Las regaña
- (2) Las felicita

21.- ¿Quién se enojaría más si las mujeres se operan?

- (1) El cura
- (2) El doctor
- (3) El esposo

22.- ¿Y quién se pondría más contento?

(1) El doctor

(2) El esposo

(3) El cura

23.- ¿Usted se operaría?

(1) No

(2) Sí

ANEXO II

DEFINICION DE CONCEPTOS

USUARIA:

Mujer que acude a los centros de FEPAC a solicitar los servicios de Planificación Familiar, DOC, y otros que ahí se dan.

ESTERILIZACION:

Se refiere a todas las operaciones realizadas tanto en un hombre como en una mujer para impedir fisiológicamente su participación en la concepción.

LIGADURA DE TROMPAS:

Se ligan las trompas de la mujer en forma permanente para evitar que el óvulo producido en los ovarios sea fecundado por el espermatozoide que el hombre deposita en la vagina durante el acto sexual.

VASECTOMIA:

Pequeña intervención quirúrgica en el hombre que puede realizarse en el consultorio del médico y cuyo efecto es impedir que el espermatozoide penetre

en el semen.

MUJER JOVEN:

De 25 a 29 años.

MUJER ADULTA:

De 30 en adelante.

INDIFERENTE:

Cuando no existe ninguna actitud positiva o negativa acerca de la operación.

EDAD DE LA USUARIA:

Se debe anotar los ya cumplidos.

ESCOLARIDAD:

Se tomará en cuenta el último año terminado aprobado.

ESTADO CIVIL:

Unión Libre.- Unión de un hombre y una mujer por convenio mutuo sin estar unidos bajo ninguna ley.

Soltera.- Mujer que nunca ha estado casada ni en unión libre, que no vive en una misma casa con su compañero.

Viuda.- Mujer cuyo marido falleció.

Casada.- Unión legal de la mujer con el hombre.

Divorciada.- Mujer separada legalmente de su esposo.

Abandonada.- Mujer cuyo esposo la dejó.

Separada.- Mujer separada del esposo por acuerdo..

FRECUENCIA CON QUE
ASISTE A LA IGLESIA:

Cuando se festeja algo incluye: una vez al año, esporádicamente, festejos (bodas, bautizos, etc.)

CASA:

Rentada.- Cuando se da una cantidad mensual de dinero al dueño de la casa.

Propia.- Cuando pertenece a la familia o se está pagando para que sea de la familia.

Prestada.- Cuando la familia no paga ninguna cantidad de dinero pero tampoco le pertenece (se la dieron a cuidar, etc...).

TIPO DE TRABAJO:

Fijo.- Trabajo constante en el que se tiene la planta y se recibe una cantidad fija: semanal, quin cenal o mensualmente.

Eventual.- Trabajo incierto por tiempo determinado o por obra.

DINERO QUE APORTA
SEMANALMENTE:

Se refiere al dinero que recibe la usuaria de cualquier contribuyente familiar incluyendo a la usuaria y que se usa para el gasto de la casa (vestido, comida, casa, luz, etc.).

ANEXO III.

ACTITUD DE LAS USUARIAS HACIA LA ESTERILIZACION VOLUNTARIA

EXPLICACION ACERCA DE LA ESTERILIZACION

La ligadura de trompas es otro método de evitar embarazos que consiste en una operación sencilla que se hace en poco tiempo y no requiere hospitalización.

La operación para ya no embarazarse se puede hacer en el hombre o en la mujer; en ella se ligan las trompas que se encuentran en la matriz impidiendo que el espermatozoide llegue al óvulo y lo fecunde.

La operación es diferente a los métodos que ustedes utilizan porque no es para espaciar a los hijos, sino para ya no volver a tener más, o sea que es un método definitivo de Control de la Natalidad. Por lo tanto la mujer que se opera no tiene necesidad de seguir tomando pastillas, inyectándose o utilizando otros métodos anticonceptivos; la mujer que se opera ya no debe preocuparse por volver a embarazarse ya que con esta operación no se vuelven a tener más hijos.

ANEXO IV

AGRUPACIONES DE EMPLEOS DEL JEFE DE FAMILIA

	<u>Código</u>
I SECTOR AGROPECUARIO	
Campesino	30
Brasero	36
II SECTOR INDUSTRIAL	
Obrero	02
Albañil	08
Ayudante de albañil	06
Carpintero	01
Hojalatero	05
Barnizador	14
Tablajero	18
Pintor	21
Tapicero	31
Plomero	33
Yesero	35
Electricista	38
Herrero	40
Sastre	07
Mecánico	25
Impresor	49
Zapatero	51
Artesano	56

	<u>Código</u>
Panadero	57
Cerrajero	59
Joyero	62
Técnico en algún oficio	60
Soldador	44
Litógrafo	42
Radiotécnico	58
Machetero	23
III SECTOR SERVICIOS	
Comerciante	17
Vendedor	09
Agente de Ventas	37
Prestamista	26
Cobrador	46
Velador	39
Taxista	11
Chofer	13
Jardinero	24
Tablajero o carnicero	27
Peluquero	61
Fotógrafo	22
Lechero	20
Empleado	04
Mesero	15
Mensajero	10
Mozo	29
Militar	03
Policía	12

	<u>Código</u>
Gerente	48
Contador	16
Abogado	19
Maestro	32
Auditor	45
Economista	54
Secretario	55
Ingeniero	63
Administrador de Empresas	65
Músico	28
Dibujante	34
Operador de Computadora	43
Periodista	50
Diseñador	52
Decorador	53
Canoa de remo	41
Voceador	66
 IV OTROS	
Sub-empleo	64
Estudiante	27

ANEXO V.

AGRUPACIONES DE EMPLEOS DE LA USUARIA

	<u>Código</u>
II SECTOR INDUSTRIAL	
Costurera	03
Obrera	04
III SECTOR SERVICIOS	
Servicios domésticos	01
Comerciante (vendedora)	02
Recepcionista	05
Secretaria	06
Empleada	07
Manicurista	08
Veladora	09
Enfermera	10
Cocinera	11
Tablajera	12
Abogada	13
Educadora	14
Mesera	15
Maestra	16
Laboratorista	17
Trabajadora Social	18

ANEXO IV.

AGRUPACIONES DE EMPLEOS DE LOS CONTRIBUYENTES 1,2,3.

	<u>Código</u>
I SECTOR INDUSTRIAL	
Campesino	14
II SECTOR INDUSTRIAL	
Obrero	01
Costurero (a)	03
Plomero	09
Impresor	10
Herrero	16
Machetero	18
Albañil	23
Mecánico	25
III SECTOR SERVICIOS	
Agente de Ventas	02
Dibujante	04
Empleado	05
Ingeniero	06
Secretaria	07
Comerciante	08
Velador	12

	<u>Código</u>
Farmacéutico	13
Jardinero	15
Voceador	17
Chofer	19
Mesero	20
Servicio doméstico	21
Laboratorista	23
Mozo	24
Bibliotecaria	26
Mensajero	27
Periodista	29
Maestro	30
IV OTROS	
Sub-empleo	28