



11226
20/16
Uo Bo

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

"FACTORES DE RECHAZO A LA
PLANIFICACION FAMILIAR"

T E S I S

PARA LA OBTENCION DEL TITULO DE
ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

LEON, GTO. 1980

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE.

1.— Resumen.	1
2.— Introducción y Antecedentes Históricos.	2
3.— Objetivo e Hipótesis.	9
4.— Material y Métodos.	10
5.— Resultados.	12
6.— Conclusiones y Comentario.	18
7.— Bibliografía.	21

RESUMEN

Se estudió una muestra estratificada de 400 mujeres en edad fértil de la población femenina adscrita a la C. H. T—1 No. 1 U. Hidalgo Cabecera de Zona del I.M.S.S. de León Gto., con el fin de identificar los principales factores de rechazo a la planificación familiar.

Encontrándose que el mayor porcentaje oscilan entre las edades de 20 a 34 años, predominando la escolaridad de primaria incompleta; con ingreso familiar mensual predominante de menos de \$6000 pesos. Dentro de las encuestadas el 93% ha oído hablar de la Planificación Familiar y el 86% lo ha comprendido y también lo considera bueno. El censo general de las encuestadas acerca del inicio de la Planificación Familiar fué de, cuando tienen de 1 a 3 hijos.

Los métodos anticonceptivos mayor conocidos y preferidos por la población estudiada fueron las pastillas y los dispositivos intrauterinos, ya que son menos molestos, menos riesgosos y más efectivos.

Actualmente la mayoría de las encuestadas (257) no emplean anticonceptivos y 143 sí. Dentro de las primeras, algunas han empleado anteriormente y los abandonaron por causarles molestias. Y dentro de las que no usan, se identifican como causas de rechazo en orden decreciente: Prohibición conyugal, temor a enfermedades y factores religiosos.

De esta manera se identifica que los factores socio culturales influyen de manera importante para el rechazo al Programa de Planificación Familiar.

INTRODUCCION Y ANTECEDENTES HISTORICOS

Las tendencias modernas de la población son singulares en las perspectivas históricas, describirlas como parte de una revolución demográfica no es una exageración, pues se refiere solo a un aspecto de la situación actual de la proporción del crecimiento precedente.

En la actualidad, todos debemos estar concientes del problema que representa la "Exposición Demográfica", producto de los adelantos técnicos de la medicina y los programas de salud pública, con los cuales se han abatido las cifras de mortalidad infantil prolongando la vida, resultando de ésto un mayor número de nacimientos que de defunciones; trayendo como consecuencia una sobrepoblación mundial y los problemas que ello acarrea.

A pesar de que no se tienen censos primarios de la humanidad, es posible reconstruir con error la población calculada desde el fin del período neolítico. Se cree que en aquella época la población era de 10 millones; en 1650 había llegado a cerca de 500 millones; en 1962 cerca de 3000 millones. En 1970, la distribución de la población era: Países Industrializados 1 109 055; en Vías de Desarrollo 2 487 034; Asia Meridional 1 106 907; Asia Oriental 809 838; Africa 345 971; América Latina 283 269; y Oceanía 2 550; con las siguientes tasas de crecimiento correspondiente, 7.8 0/00 para Europa; 28.4 0/00 para América Latina; 9.9 0/00 en América del Norte; de 25.5 0/00 para Africa; 10.2 0/00 para la U.R.S.S.; y 17.5 0/00 Asia Oriental; de 27.5 0/00 para Asia Meridional y 14.5 0/00 para Oceanía.

Es evidente que éstas tasas tan elevadas en los países subdesarrollados, se debe en parte a la marginalidad, infidelidad, rivalismo, disminución de la mortalidad, etc.

En 1976, se encontraron cifras de 3 800 millones de habitantes, a partir de lo cual se puede establecer predicciones, tal como el número aproximado de la población en el siglo

XXI, en caso de llevarse a cabo la reducción promedio de familia, adecuación de los nacimientos y defunciones y planificación familiar. Se estima que llevándose al máximo dichas medidas, para el año 2 075 habrá 8 348 millones de habitantes; pero si solo se obtiene el mínimo, se espera una población de 6 690 millones para el año 2 000 y 5 306 millones para el año 2 075; alcanzándose una estabilización hasta el año 2 125. Para ese entonces, habremos consumido las reservas de petróleo en el mundo, y únicamente quedará carbón, el cual se predice que habrá hasta el año 2 300. La tierra ya no será cultivable, ya que de 13 000 millones de Km. terrestres solo 30 000 son aprovechables.

En México la población en el año 1950 era de 25.8 millones; en 1960 de 35 millones y en 1970 de 50 millones. Actualmente somos más de 58 millones, habiendo crecido en los últimos años a un ritmo de 3.5% anual, lo cual significa que nuestra población se duplicará en sólo 20 años. De continuar así, para 1980 habrá 71 millones de habitantes; para 1994 de 116 millones y para el año 2 000, 135 millones de habitantes. (2, 10, 14, 18).

Como es sabido, las variables que determinan el tamaño de una población son la mortalidad y natalidad. En nuestro País nacen *c/día* 6 850 y *c/año* 3.5 millones. Mientras que la mortalidad va en descenso, en 1930 morían por año 26 0/00, en 1940 22 0/00, en 1950 17 0/00, en 1960 11 0/00 y en 1970 9 0/00.

De lo anterior se desprende y se aprecia el problema tan importante que constituye la sobrepoblación, en lo que el mayor peligro es el hambre; aunque la producción mundial alimenticia es *c/vez* mayor, los requerimientos de alimentos esenciales lo sobrepasan, ocasionando desnutrición en los países más pobres; pero no solo es el hambre lo que preocupa, sino también la desigualdad social que separa *c/vez* más a los países ricos de los pobres, la falta de preparación técnica, altos índices de criminalidad y terrorismo, desempleo, atención

médica insuficiente, vivienda insalubre, delincuencia, etc. (12, 13).

Con lo que respecta a la familia, el contar con una numerosa en las actuales condiciones, trae consigo grandes trastornos a la misma, pues se desajusta física y moralmente, acrecentándose las obligaciones, el trabajo, las preocupaciones, la insatisfacción, la inseguridad económica; es decir, los padres y los hijos son menos felices y enfermos, con desventaja para la lucha por la vida.

En el aspecto médico, se sabe que para la madre la gran multiparidad trae complicaciones para ella y para el producto, siendo a veces mayor el riesgo de enfermedad y muerte. (22).

Ahora más que nunca los gobiernos están preocupados en influir en diversas formas sobre las tendencias de población por medio de sistemas demográficos formales los cuales se llevan a cabo por procedimientos legales diversos. Al respecto se tiene conocimiento, de que en algunas naciones se hace obligatorio dicho control y ningún matrimonio puede tener un hijo sin el permiso expreso del estado. Otros han establecido el aborto libre como método para la regularización de nacimientos (Japón, países detrás de la cortina de hierro). Algunos como la India y Pakistán, premian económicamente o con otro aliciente a los hombres y mujeres que acceden a esterilizarse, y castigan con la cárcel a los padres con más de dos hijos. (1).

En México no sucede así, sin embargo se entiende el problema, y se pretende establecer un programa a nivel nacional, prueba de ello es que en 1974 entró en vigor la Ley General de población, cuya característica principal es la de ser respetuosa de los derechos individuales. (16).

Al respecto, a nivel oficial y particular se han iniciado campañas tendientes a la resolución del problema, por medio de la PPFV. Sin embargo el problema subsiste; a pesar de que la historia de la anticoncepción se remonta a miles de años, aunque al principio se llevó a cabo, casi siempre con fines personales o por indicaciones médicas.

Sin embargo solo hasta hace 200 años empezaron a definirse los procedimientos contraceptivos, alcanzando un notable avance hace 25—30 años en que la presión de la sobrepoblación indujo a los científicos e investigadores a la búsqueda de técnicas más efectivas de control de la fertilidad.

Siempre han existido métodos anticonceptivos, falaces e irracionales, o relacionados con la magia, así vemos que en la edad media las mujeres europeas practicaban con el fin de evitar un embarazo: escupir tres veces en la boca de un sapo, comer abejas muertas, beber la espuma de la boca de un camello.

Existen referencias dignas de crédito en que la anticoncepción se practicaba desde hace miles de años antes de nuestra era (papiros, egipcios, de Petrie 1850 AC; papiro de Evers 1550—AC), en los que se menciona una substancia pegajosa como la miel que se utilizaba totalmente, estiércol de cocodrilo, acacia, etc.

Quizá el método más difundido desde los tiempos primitivos sea el coito interrumpido (Biblia). Los griegos en el siglo IV AC (Plinio y Discorides) mencionaban en sus escritos aceite de cedro, amuletos, pesarios de plomo y cobre, vinagre, etc. De todos estos comunicados se formó en Europa una tradición que llegó casi como tal hasta los siglos XVII y XVIII. Las civilizaciones orientales fueron las que llevaron a Europa las prácticas anticonceptivas, pues en estas culturas dichas prácticas se aceptaban y difundían, ejemplo de ello es el libro de Rhazes (927 AC) "La quinta esencia de la experiencia", donde se describe el coito interrumpido, tapones vaginales y ejercicios para que la mujer expulse el semen.

Avicena (980—1027) "Canón", coito interrumpido, pesarios diafragmas y plantea sin precisar fechas, el método del ritmo, el que más tarde en 1920 con Ogino y Knauz queda implantado como tal. Así llegamos a Europa al siglo XVIII donde empiezan a tener difusión los condones hechos de intestino de animal y de membrana de pez. A Casanova se le atribuye el hecho de difundir el uso del condón y el hecho de probarlo con aire, también se le atribuye el método de partir un

limón por la mitad y exprimirlo en la vagina y emplear la cáscara como capuchón cervical. En éste mismo siglo se inició el estudio de los espermaticidas desde que en 1677 Antony Van Leeuwenhoek descubrió los espermatozoides en el semen, por tal motivo se iniciaron estudios con agua de lluvia, vinagre, cobre, mercurio y cloroformo.

En el siglo XIX fué la época del perfeccionamiento y sobre todo de la difusión masiva de los métodos para el control de la fertilidad, los hechos más notables son:

- 1) Capuchón cervical de hule (1838)
- 2) Diafrámas (1846)
- 3) Ritmo (1849)

Así llegamos a la primera mitad del siglo XX, en la que los principales adelantos fueron:

- 1) Perfeccionamiento de los capuchones cervicales y diafrámas, que se fabricaron en celuloide y latex por la Good Year Oxo y la Hankok en 1930.
- 2) Preservativos de latex que se vendían en las peluquerías.
- 3) Espermaticidas en forma de óvulos, jaleas y espumas.
- 4) Dispositivos intrauterinos en 1909, botón de camisa de cobre y activados con hormonas.
- 5) Makepeace en 1937 observó que las hormonas del tipo estrógenos y progesterona inhibían la ovulación en animales y sienta las bases para la investigación de ellas en el hombre.

Un capítulo aparte sería la mención de algunos métodos en tribus primitivas, de los cuales los más importantes son:

El usado por Djuka de Sud—América que consiste en un condón vaginal a base de una Baya.

Las mujeres de Sumatra se incertan en la vagina una píldora negra con un gran porcentaje de ácido tánico.

Los Tonga de Africa practican el coito interrumpido. En Guinea y Martinica usan una ducha de jugo de limón mezclada con cáscara de nuez de caoba.

Esto es pues a grandes rasgos la historia de la anticoncepción, y es en nuestros días que con el perfeccionamiento

de los hormonales y la difusión de métodos quirúrgicos (salpingoclasia y deferentoclasia), con su gran variedad de técnicas, brindándonos mayor confiabilidad y seguridad. (11, 15, 19, 20, 22).

Tomando en cuenta los antecedentes mencionados y viendo la necesidad urgente de controlar la sobrepoblación, los gobiernos y las instituciones sociales han promovido campañas de Planificación Familiar para solucionar el problema y sus repercusiones socioeconómicas en los países subdesarrollados. No obstante ésto, se ha observado poca aceptación y en ocasiones franco rechazo a los Programas de Planificación Familiar, tales como:

FACTORES SOCIOCULTURALES.— Si bien es cierto que la existencia de un instinto maternal o paternal ha sido siempre el porqué los seres humanos tienen hijos, el tener una familia de un tamaño particular está fuertemente influido por factores sociales, siendo que se difunde la amenaza poblacional, ésta mantiene un espíritu pronatalista, criticándose de sujetos irresponsables y egoístas a los padres que expresan abiertamente el tener una familia pequeña, por el contrario, se glorifica e idealiza a la maternidad, en particular a la numerosa, aludiendo para ello fuerzas motivadoras tales como: identificación con sus padres mediante una familia similar a la de ellos, brindándose protección en su vejez, el mantener el apellido, probar la virilidad o femeneidad de ellos (8, 9, 20).

Otro aspecto dentro de los factores socioculturales que tiene suma importancia es la religión, la cual continúa siendo dominante en la inaceptabilidad contraceptiva. Es sabido que la religión puede darle un gran apoyo moral al hombre, pero cuando no es razonada, genera inhibiciones que afectan la vida del individuo en todos los aspectos. Todas las religiones aceptan éste principio de la Planificación Familiar, pero únicamente la Iglesia Católica Romana obliga a que ésto se lleve a cabo utilizando anticonceptivos naturales, de poca confiabilidad, que conllevan al fracaso y a la presencia de hijos no deseados.

Aunado a esto, la idiosincrasia propia del mexicano, la tradición, los tabúes, el machismo y feminismo machista son causas de rechazo a la Planificación Familiar.

FACTORES PSICOLOGICOS.— Dentro de éstos es importante mencionar los trastornos emocionales, deseos conflictivos de ser fértil y no querer tener otro hijo, la mujer para la que tiene un significado especial la procreación, la mujer sola y carente que quiere un hijo para satisfacer su propio vacío, el tener relaciones sexuales sin objeto, pérdida de la potencia masculina, frigidez en la mujer, y la creencia de que los anticonceptivos influyen o propician la infidelidad. Esto aunado al temor a enfermedades inexistentes, tales como el cáncer, esterilidad subsecuente, mayor sangrado menstrual y su relación de la presencia de coágulos con el aborto, así como las malformaciones congénitas en el producto al uso de anticonceptivos, hacen difícil la aceptabilidad al Programa de Planificación Familiar (6, 7).

FACTORES ECONOMICOS Y EDUCACIONALES.— En los países subdesarrollados es donde existe un índice de natalidad elevado y en donde menos aceptación hay a los Programas de planificación familiar. Tomando en cuenta que los factores antes mencionados están íntimamente relacionados con los económicos y educacionales, vemos en nuestro país como ejemplo un alto índice de natalidad, un ingreso familiar y per cápita bajo, así como escolaridad deficiente, cerrándose aún más el círculo para el rechazo a la Planificación Familiar, ya que ésta población no tiene acceso a la educación y a la atención médica, obteniendo información errónea de personas mal preparadas que carecen de confiabilidad.

Siendo la Planificación Familiar un instrumento en la puerta de entrada a la atención médica integral de la familia, es papel del médico y en especial del Médico Familiar proporcionar amplia información y garantizar la disponibilidad de métodos contraceptivos, para lo cual debe alentar a su paciente a hablar sobre el tema, no olvidando los temores que pocas veces expresan en la consulta. Todo lo cual si no es una solución total para nuestros problemas, si permite atenuarlos, brindando familias sanas a la sociedad. (3).

OBJETIVO

Identificar los principales factores de rechazo hacia el Programa de Planificación Familiar Voluntario.

HIPOTESIS GENERAL

El pensamiento propio del pueblo mexicano, aunado a los diversos tabúes, costumbres y creencias religiosas, son factores que influyen en el rechazo hacia el Programa de Planificación Familiar Voluntario.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó en la consulta externa del Sistema Médico Familiar, en los horarios AC y BD de la Clínica Hospital T—1 No. 1 Cabecera de Zona No. 6 U. Hidalgo del I.M.S.S. de León, Gto.: a una muestra de mujeres en edad fértil de 15—49 años, conociendo el número total de la población femenina de dichas edades es de 23 530 y que de éstas el 36% aceptan algún método y lo rechazan un 64%, se calculó la muestra según la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Zc^2 (p) (q)}{d^2}$$

n — muestra

Zc — nivel de confianza (95% — 1.96)

p — pacientes con algún método (36%)

q — pacientes sin ningún método (64%)

d — margen de error (0.05%)

De lo cual nos dió como resultado una muestra de 400 pacientes, a las cuales se les aplicó un cuestionario de 20 reactivos, el cual se anexa, y tiende a analizar aspectos económicos, culturales, sociales y educativos.

Dicho cuestionario se les aplicó en forma personal e indirecta, ya que nosotros las interrogamos y escribimos, recibiendo únicamente contestación verbal por parte de las encuestadas, escogiendo al azar a las mujeres (entre las edades mencionadas) que acudían a solicitar consulta.

ENCUESTA DE PLANIFICACION FAMILIAR VOLUNTARIA

Edad Sexo..... Lugar de residencia.....
Educación Edo. Civil No. de Hijos
Ingreso Familiar

- 1.—Ha oído hablar del programa de planificación familiar?
.....SINO.
- 2.—En caso de haber contestado SI a la anterior, comprendió el concepto de PF?SINO.
- 3.—Para usted la PF es:
a) No tener más familia
b) Planear el No. de hijos de acuerdo a sus recursos
c) Abortar
d) Otros
- 4.—Considera la PF BUENA..... MALA.....
- 5.—Cuándo debe iniciarse la PF:
a) Cuando no se tienen hijos
b) Cuando se tienen de 1 a 3 hijos
c) Cuando se tienen de 4 a 7 hijos
d) Cuando se tienen de 8 ó más hijos
- 6.—Qué métodos de PF conoce Ud.?
a) Pastillasb) Dispositivosc) Locales.....
d) Quirúrgicose) Inyectablesf) Naturales.....
g) Todosh) Ninguno.....
- 7.—Cuál de los anteriores prefiere Ud.?
- 8.—De preferir alguno de los anteriores lo haría por:
a) Creer que tiene mayor seguridadb) Ser su uso más fácil.....
c) Causar menos molestiasd) No sabe.....

- 9.—Actualmente usa algún método?: SI..... NO.....
CUAL.....
- 10.—Se lo aplicaron en esta Unidad?: SI..... NO.....
- 11.—Considera que es efectivo: SI..... NO.....
- 12.—Qué molestias le ha ocasionado?:
a) Ningunab) Alter. Mestr.c) Nerviosismo
d) Obesidade) Varicesf) Celaleasg)
g) Leucorrea.....
h) Disminución del libidoi) Mareosj) Otros.....
- 13.—Si no usa ningún método actualmente, ha utilizado alguno en otra ocasión?:
SI..... NO..... CUAL.....
- 14.—Por qué dejó de utilizarlo?:
a) Le causó alguna alteración
b) Planeó tener otro hijo
c) Suspensión por motivos conyugales
d) Suspensión por motivos religiosos
e) Fracaso del métodof) Otras causas
- 15.—Si Ud. no acepta la PF es por:
a) Motivos religiosos
b) Prohibición conyugal
c) Temor a enfermedades
d) Desea tener más hijos
e) Desconoce el programa
f) Por dudar de su eficacia
g) Otras causas

RESULTADOS:

Los resultados obtenidos según el test aplicado son los siguientes:

Cuadro No. 1
GRUPOS DE EDADES

Edad	No. de casos	%
15 a 19 años	37	9.25
20 a 24 años	114	28.50
25 a 29 años	111	27.75
30 a 34 años	81	20.25
35 a 39 años	37	9.25
40 a 44 años	18	4.50
45 a 49 años	2	0.50
T O T A L	400	100

Cuadro No. 2
EDUCACION

Educación	No. de Casos	%
Analfabetas	83	20.75
Prim. Incomp.	180	45.00
Prim. Comp.	92	23.00
Sec. Incomp.	11	2.75
Prepa y más	19	4.75
T O T A L	400	100

Cuadro No. 3
No. DE HIJOS

No. de hijos	Casos	%
Sin hijos	27	6.75
De 1 a 3	188	47.00
De 4 a 7	137	34.25
8 y más	48	12.00
T O T A L	400	100

Cuadro No. 4
INGRESO FAMILIAR

Ingreso Familiar	No. de Casos	%
Menos de \$3000.00	65	16.25
De \$3001.00 a \$4000.00	134	33.50
De \$4001.00 a \$5000.00	90	22.50
De \$5001.00 a \$6000.00	44	11.00
Más de \$6001.00	37	9.25
No dieron el dato	30	7.50
T O T A L	400	100

Cuadro No. 5
CONOCIMIENTO Y COMPRENSION DEL PROGRAMA

CONCEPTO	SI	%	NO	%
Ha oído hablar del PPFV	372	93	28	7
Ha comprendido éste	345	86.25	55	13.75

Cuadro No. 6
PARA USTED LA PLANIFICACION FAMILIAR ES

CONCEPTO	No. de Casos	%
No tener más familia	168	42.00
Planear el No. de hijos de acuerdo a sus recursos	201	50.25
Otros	31	7.75
T O T A L	400	100

Cuadro No. 7
CUANDO DEBE INICIARSE LA P. F.

CONCEPTO	No. de Casos	%
Cuando no se tienen hijos	75	18.75
De 1 a 3 hijos	224	56.00
De 4 a 7 hijos	87	21.75
De 8 y más	14	3.50
T O T A L	400	100

Cuadro No. 8
QUE METODOS CONOCE UD.

METODO	No. de Casos	%
Pastillas	353	88.25
DIU	329	82.25
Locales	194	48.50
Quirúrgicos	194	48.50
Inyectables	153	38.25
Naturales	146	36.50
Todos	61	15.25
Ninguno	35	8.75

Cuadro No. 9
CUAL METODO PREFIERE

METODO	No. de Casos	%
Pastillas	123	30.75
DIU	117	29.25
Ninguno	68	17.00
Naturales	37	9.25
Quirúrgicos	34	8.50
Inyectables	12	3.00
Locales	9	2.25
T O T A L	400	100

Cuadro No. 10

ACTUALMENTE UTILIZA ALGUN METODO

	No. de Casos	%
SI	143	35.75
NO	257	64.25

Cuadro No. 11

METODOS MAS UTILIZADOS

METODO	No. de Casos	%
DIU	64	44.75
Pastillas	39	27.28
Naturales	20	13.98
Quirúrgicos	13	9.10
Locales	4	2.79
Inyectables	3	2.10
T O T A L	143 +	100

+ Cifra de las pacientes que actualmente utilizan algún método.

Cuadro No. 12
POR QUE DEJO DE UTILIZARLO

CAUSA	No. de Casos	%
Le causó alguna alteración	47	52.22
Planeó tener otro hijo	13	14.45
Otros	13	14.45
Fracaso del método	11	12.22
Motivos Conyugales	6	6.67
TOTAL	90	100

Cuadro No. 13

CAUSAS POR LAS QUE NO ACEPTA LA PLANIFICACION FAMILIAR.

CAUSA	No. de Casos	%
Prohibición conyugal	75	26.50
Temor a enfermedades	73	25.80
Motivos religiosos	46	16.25
Desear tener más hijos	29	10.25
Desconoce el programa	29	10.25
Otros	26	9.19
Dudar de su eficacia	5	1.76
TOTAL	283	100

CONCLUSIONES:

Las conclusiones que pueden hacerse, de acuerdo a los resultados obtenidos son las siguientes:

EDAD.— La edad de las pacientes encuestadas, fué de los 15 a los 49 años, que es la considerada según el cuadro No. 1, el cual nos muestra que los rubros de 20 a 34 años son los más significativos y que sumados nos dan el 76.50%, lo que nos habla de que es en estas edades en donde se debe hacer mayor énfasis en la campaña de P. F. V.

EDUCACION.— El cuadro No. 2 nos muestra que el 45% de las pacientes sólo tiene primaria incompleta, que aunado al 20.75% de analfabetas nos da un 65.75%, cifra digna de tomarse en cuenta sobre todo al pensar en cómo y a quién va dirigido el programa, procurando hacerlo de una manera clara, que sea fácilmente entendible aún por las personas que no saben leer y escribir.

EDO. CIVIL.— El estado civil es en un 95.25% de casadas (381 casos), solteras 3.75% (15 casos), otros 1% (4 casos) unión libre y viudas.

NUMERO DE HIJOS.— La respuesta a la pregunta sobre el número de hijos que tienen actualmente se resume en el cuadro No. 3 siendo de significancia, los grupos de 1 a 3 hijos y el de 4 a 7 hijos, los que sumados nos dan el 81.25%.

INGRESO FAMILIAR.— Los grupos más importantes fueron los comprendidos entre 3001 a 6000 pesos, y que representa el 67% sin carecer de importancia el 16.35% que representa el grupo con ingreso menor de 3000 pesos (cuadro No. 4).

CONOCIMIENTO Y COMPRESION DEL PROGRAMA.— Prácticamente todas las entrevistas han oído hablar del programa (93%) y han comprendido el mismo en un 86.25%, como lo muestra el cuadro No. 5.

PARA USTED LA PLANIFICACION FAMILIAR ES.— Los resultados de esta pregunta se describen en el cuadro No. 6. Considerando buena la planificación familiar en un 88.75% (355 casos), y mala en un 11.25% (45 casos).

ESTA TESIS
SALIR DE LA
NO DEBE
BIBLIOTECA

CUANDO DEBE INICIARSE LA PFV.— Con la pregunta de cuándo debe iniciarse la PFV se concluye, que sólo el 18.75% entiende realmente qué es planificar la familia, y el 81.25% no lo entiende como tal, según lo demuestra el cuadro No. 7.

QUE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR CONOCE USTED.— Los métodos más conocidos de P. F. son: Las pastillas y el DIU en 1er. lugar, siguiendo los locales, quirúrgicos, inyectables, naturales, todos y ninguno; en este orden y con el porcentaje que puede observarse en el cuadro No. 11.

CUAL METODO PREFERE USTED.— Los métodos preferidos por las pacientes son, en 1er. lugar las pastillas, DIU en 2do., ninguno en 3ro. siguiendo todos los demás como lo muestra el cuadro No. 9.

DE PREFERIR ALGUNO DE LOS ANTERIORES LO HARIA POR.— De las que prefieren algún método el 80% (320 casos) no saben el porqué; por causar menos molestias el 30.50% (122 casos); creer que tiene mayor seguridad el 26.25% (105 casos); por ser su uso más fácil el 17.0% (68 casos), se hace la aclaración que una sola persona contestó dos ó más rubros.

ACTUALMENTE UTILIZA ALGUN METODO.— Los resultados del cuadro No. 10, nos muestra el poco número de usuarias, contra el gran número de no usuarias, cifras que son compatibles y acordes con los valores que se le dieron a (p) y (q) cuando se calculó la muestra.

CUAL METODO ES EL MAS UTILIZADO.— El cuadro No. 11 nos muestra, que los métodos más conocidos son los más utilizados.

DONDE SE LO APLICARON.— El 79.72% de los métodos fueron aplicados en esta unidad (114 casos), considerando efectivo el mismo en un 91.61% (131 casos), ocasionando ninguna molestia en el 73.43% (105 casos) y otras molestias en el 13.98 (20 casos).

HAN UTILIZADO ALGUN METODO EN OTRA OCASION. El 35.02% han empleado algún método en otra ocasión (90 casos), y en ninguna el 64.98% (167 casos), dándonos el total de las 257 pacientes que no utilizan actualmente ningún método.

PORQUE DEJARON DE UTILIZARLO.— De las 90 pa-

cientes que si utilizaron algún método anteriormente, lo dejaron por las causas que se muestran en el cuadro No. 12. Siendo la causa más importante, el haberles causado alguna alteración (nerviosismo, insomnio etc.).

CAUSAS POR LAS QUE NO ACEPTAN LA PLANIFICACION FAMILIAR.— Las principales causas por las cuales no se acepta la planificación se pueden resumir en el cuadro No. 13, mostrando que la prohibición conyugal, temor a enfermedades y los motivos religiosos, son las causas que ocupan los primeros lugares y que sumadas nos dan el 68.55% sin dejar de ser importante el 10.25% que desconocen el programa.

COMENTARIO.—

Los factores analizados en el presente trabajo son prácticamente de origen sociocultural y pueden generalizarse al resto de la población de esta Unidad.

Los mismos nos dejan ver, que la pobre educación, la cultura propia de nuestra gente, aunados a la falta de información en general y en especial en lo que respecta al programa de Planificación Familiar, son factores determinantes que influyen en el rechazo hacia el mismo, justificando en parte los pobres resultados obtenidos de él.

Así mismo, nos dejan ver en qué medida estos factores influyen en el rechazo, y nos permite en cierta forma planear estrategias para enfrentar el problema de la mejor manera posible.

El médico familiar como científico que es, debe estar conciente del problema y encaminar sus acciones a estimular a su población adscrita a que acepte e ingrese al PPFV pre-tendiendo con ésto:

- 1.— Ayudar a los padres a planificar el No. de hijos deseados.
- 2.— Espaciar los embarazos adecuadamente.

Contribuyendo con ello a elevar el nivel de salud, el nivel de vida y un mejor status.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Campillo Sáinz y cols. Papá, mamá y cuantos más. Colección Salud y Planificación Familiar. Ed. Tlaloc México D. F. 1973.
- 2.— Cepolla M., Explosión Demográfica. Ed. Salvat, Grandes Temas, 1973.
- 3.— Ciriacy, Edward. "Planificación Familiar", Medicina Familiar. Ed. Interamericana, 1a. Edición México 1976.
- 4.— Consejo Nacional de Población, Vida mejor para la población de México Co.Na.Po. 1973.
- 5.— Ferrer, Desarrollo Social y Composición Familiar, Anuario de Especialidades Pediátricas, Vol. IX, No. 3, 1976.
- 6.— Foncerrada M. Aspectos Psicológicos de la Planificación Familiar, Boletín Médico del Hospital Infantil de México, Vol. XXXIII, No. 1, 1976.
- 7.— García Flores, Estudios Psicobiológicos de la Fertilidad Humana en México, Ginecología y Obstetricia de México, Vol. XXXIX, No. 231, 1976.
- 8.— González Zapién. Mesa Redonda sobre Planificación Familiar, Revista de la Facultad de Medicina, Vol. XVIII, No. 7, México 1976.
- 9.— Güemez Troncoso. Tema de Comentarios, Psicología, Sexo y Sociedad, Bases para la Educación Sexual. Ed. Güemez S. A. México, 1969.
- 10.— Martiner Spiegelman. Introducción a la Demografía. Ed. Fondo de Cultura Económica 1972.
- 11.— Novak Jones. "Planificación Familiar", Tratado de Ginecología. Ed. Interamericana, 8a. Edición, México 1971.
- 12.— Richard Neubold Adams. El Subdesarrollo Latinoamericano y la Teoría del Desarrollo. Ed. Roble, 1971.
- 13.— Richard Neubold Adams. El Poder y el Desarrollo Secundario en la Armonía. Ed. Roble, 1973.

- 14.— Ronald Fiedmen. *La Revolución Demográfica Mundial*. Ed. U. T. E. H. A. México, 1966.
- 15.— Ruiz Velazco. *Aspectos Prácticos de los Métodos de Planificación Familiar*. Ed. Mendez Oteo, México D. F. 1978.
- 16.— Scarpita Herrera. *Programa de Planificación Familiar en el IMSS. Medicina Preventiva, 1971—1976*.
- 17.— Sidney Siegel. *Estadísticas no Paramétricas*. Ed. Trillas 1976.
- 18.— Singer. *Dinámica de la Población y Desarrollo*. 1976.
- 19.— Solís J. A. *Family Planning Program Directed by Ministry of Health the Continuity of the Services to Acceptants of the Programs and Contraceptive Methods*. *Salud Pública* 17(5): Sept—Oct. 1975.
- 20.— Viel, Lizalde y Castelazo. *Programa demográfico, Planeación Familiar en México. Programa de Planificación Familiar en el IMSS. Vol. 4—5 No. 10—15, Fascículo XIV, 1972—1973*.
- 21.— Wayne, Daniel. *Bioestadística*. Ed. Lemusa. 1979.
- 22.— Williams. *Esterilización y Contracepción. Obstetricia*. Ed. Salvat, 1a. Edición, México 1975.