

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA



RESULTADOS DE LA INVESTIGACION, ACERCA DE
LA "PLANIFICACION FAMILIAR" APLICADOS A
SUJETOS DE NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO, DE
LA ZONA AZTCAPOZALCO.

424
Psi

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

MA. DEL ROSARIO DE FATIMA GONZALEZ LOPEZ

México, D. F.

1975



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.

N.A.M. 23

1975.

E. 2,

25053.08

UNAM. 23

1975

ej. 2

M. 161656

Spe. 258

A MIS QUERIDOS PADRES CON CARIÑO Y RESPETO:
SRA. VIOLA MA. LOPEZ DE GONZALEZ.
SR. ARMANDO GONZALEZ CUEVAS.

A MIS QUERIDOS HERMANOS Y HERMANAS Y EN ESPECIAL
A RAUL COMO GRATITUD, POR LA MOTIVACION CONSTAN-
TE QUE ME DIO PARA TERMINAR.

CON EL CARIÑO DE SIEMPRE:
SR. ING. ARTURO YEPEZ LOVERA.

A MIS TIOS Y PRIMOS.

A MIS MAESTROS CON RESPETO:

LIC. OLGA LOREDO.

LIC. ALICIA VELAZQUEZ.

LIC. JAVIER AGUILAR.

DR. LUIS GAMIOCHIPÍ

DRA. BERTHA BLUM

A MIS AMIGAS QUE COLABORARON
Y EN ESPECIAL A:

DRA. ESTELA RUIZ MILAN.

DR. NICOLAS SARMIENTO.

I N D I C E

	PAGINA
INTRODUCCION	1
ETAPA I (TEORICA)	
CAPITULO I	
1.- Problemas actuales de la explosión demográfica en el mundo.	
A) Panorama General	3
B) Consecuencias del rápido crecimiento en los países en desarrollo	
1) Consecuencias Socioeconómicas y Culturales	10
2) Consecuencias de Salud	12
C) Situación de la explosión demográfica en Latinoamérica y en especial en México	13
D) Actual Programa Nacional en relación a "Planificación Familiar"	19
CAPITULO II	
1.- Objetivos de la Federación Internacional de Planificación de la Familia	28
CAPITULO III	
1.- Planificación Familiar y Educación Sexual	32
A) Razones por las cuales se debe llevar a cabo la "Planificación Familiar"	33
B) Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor del hombre y de la mujer	35
C) Fertilidad y Esterilidad	39
D) Métodos Anticonceptivos o Contraceptivos	42
CAPITULO IV	
1.- Comportamiento Sexual	60
A) Frecuentes problemas que se presentan en las relaciones sexuales. Frigidez e Impotencia	61

CAPITULO V

1.- Roles y Dinámica de la Familia	70
------------------------------------	----

ETAPA II

PARTE DE INVESTIGACION

1.- Planteamiento del Problema	78
2.- Características de la Muestra	81
3.- Procedimiento	82
4.- Análisis e Interpretación	103
5.- Conclusiones	122
6.- Sugerencias	128
7.- Bibliografía	132

APENDICE I

APENDICE II

APENDICE III

INTRODUCCION

El interés que me motivó a tratar el tema de la "Planificación Familiar" a nivel de tesis profesional fue, que en mi trabajo, me asignaron para -- dar conferencias de "Planificación Familiar" a maes tros y padres de familia, en las diferentes escue-- las del Distrito Sanitario donde laboro.

Comencé por buscar información en todas las Instituciones de Salud Pública, Oficiales y Priva-- das, para ampliar mis conocimientos sobre el tema.- Conforme iba obteniendo información, se me plantea-- ron diferentes interrogantes, tales como: ¿Aceptará la clase humilde el Programa de "Planificación Fami-- liar?", ¿Quién lo aceptará más, el hombre o la mu-- jer?, ¿Cuáles son los objetivos que persigue este - programa, que el gobierno a emprendido a nivel na-- cional?, ¿Qué métodos anticonceptivos son los mejo-- res y más aceptados por el público?, ¿Es el psicólo-- go factor importante para el desarrollo de este pro-- grama?.

Por la información y las referencias biblio-- gráficas consultadas, pude darme cuenta que en Méxi-- co, hay muy poca investigación sobre "Planificación

Familiar", ya que únicamente está enfocada a los aspectos demográficos, económicos y sociológicos, sin referencia específica a los aspectos psicológicos.

Fue este último aspecto el que más me motivó, pensé que podría realizar una investigación, que -- aportará información para el mejor desarrollo del -- Programa de "Planificación Familiar", que tan atinadamente está llevando a cabo el gobierno de nuestro país.

Podemos decir que en México, el Programa de -- "Planificación Familiar", es muy novedoso, no se le ha dado la importancia requerida, aunque ya existe -- este tipo de programas desde 1959 en la Asociación -- "Pro-Salud Maternal A.C.", la cual podemos conside-- rar como pionera en materia de "Planificación Fami-- liar". Esta Asociación fue censurada y catalogada -- como "espantacigüeñas" y "aborteros" por las autoridades y el público, fue hasta 1973, que se le dió im pulso a nivel Nacional, logrando que un gran sector -- acepte y adopte el Programa de "Planificación Fami-- liar".

CAPITULO I

I.- PROBLEMAS ACTUALES DE LA EXPLOSION DEMOGRAFICA- EN EL MUNDO.

A) PANORAMA GENERAL

Uno de los peligros que se ciernen sobre la humanidad, es la amenaza de la explosión demográfica, que en nuestros tiempos, ha alcanzado un índice de crecimiento alarmante, pese a todos los esfuerzos - que se han realizado, no se ha podido frenar dicho crecimiento.

El problema de la explosión demográfica, es uno de los primeros en importancia en esta época, junto con la contaminación atmosférica y el incremento de las guerrillas en el mundo.

Quizá la mayor amenaza del hombre contra la naturaleza en la cual vive (de las muchas amenazas -- que el infiere) es su propio crecimiento numérico.-- La medicina y la higiene sanitaria moderna, han -- abatido muchas enfermedades que antes acarreaban in defectiblemente la muerte temprana del ser humano.-- El promedio anual de la tasa de crecimiento ha aumentado considerablemente, son más los niños nacidos que ahora se salvan y prosperan para sobrevivir,

y esto ha traído como consecuencia una explosión demográfica, que casi sobrepasa los recursos de la tierra que sostiene la humanidad.

Hace dos mil años, la población total del mundo no pasaba de los 250 millones de habitantes, y el promedio de vida era únicamente de un poco más de 1,500 millones de seres, a fines de la Segunda Guerra Mundial, ha habido un aceleramiento sin precedentes y ha crecido desorbitadamente.

En la actualidad, la cifra de habitantes se eleva aproximadamente a 3,800 millones, la tasa de crecimiento en un decenio se calcula a mil millones de habitantes más. Un crecimiento de tal magnitud, tiene graves consecuencias para la calidad de vida humana. Los efectos observados en varios países, debido a este aceleramiento demográfico son: la escasez de alimentos, exceso de mano de obra, alta demanda de trabajo, elevado número de alumnado y pocas escuelas, escases de viviendas y pocos recursos para la asistencia médica y salud pública. (I)

(I) Revista Población, "El enfoque multilateral", - Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población. pag. 7.

El problema del crecimiento de la población es más grave principalmente en los países en desarrollo, en donde viven cerca de dos tercios de la población mundial y se espera que se produzcan los cinco sextos del aumento de la población del mundo en los próximos diez años.

La situación de la tasa de mortalidad está disminuyendo rápidamente, mientras que las tasas de natalidad han permanecido a niveles altos; en consecuencia, la tasa promedio de crecimiento en países en desarrollo es de 2.8 por ciento anual, llegando al 3 y 4 por ciento en algunos países y se espera que continúe en el mismo nivel por lo menos durante otro decenio.

El problema se complica por la alta tasa de migraciones internas hacia las poblaciones y ciudades.

Otro problema es la persistencia de la fecundidad elevada que afecta seriamente la salud. Gran parte de las mujeres en edad fértil entre 20 y 40 años, padecen de deficiencias fisiológicas y nutricionales, debido a los embarazos seguidos, produciendo déficit orgánicos, en cambio en los nacimientos espaciados, las madres y los niños disfru-

tan de salud y de mayores posibilidades de superviencia. Por otra parte, la capacidad de controlarla propia fecundidad, decidir y espaciar el número de hijos es importante, no sólo por economía y - - salud, sino como un factor básico para lograr la - dignidad y el bienestar emocional y espiritual del individuo. Es aquí donde un gran número de diferentes profesionales tienen una amplia misión que cumplir, estando entre ellos médicos, sociólogos, - - psicólogos, trabajadoras sociales, economistas, -- maestros, etc.

Actualmente la atención se ha centrado en la - tasa de crecimiento de la población, específicamente en la fecundidad. En la mayoría de los países - en desarrollo se ha tratado de lograr una disminución de dicha tasa de crecimiento, fomentando la - limitación de la familia por medio de programas de Planificación Familiar, aunque claro está, no sólo la fecundidad desmedida influye al problema de población, sino que hay otros factores como son la - alta analfabetización y la pobreza, además del mal planteamiento político en la organización y coordinación de los organismos, para el manejo de los recursos, planificación de los sectores, relacionados con el empleo, la salud, la vivienda, el desa-

rollo urbano, educación y otros.

Según las supuestas proyecciones de las Naciones Unidas, perspectivas para una vida mejor de la población se darán a largo plazo tal vez, si la fecundidad sigue disminuyendo a la velocidad prevista, llegará a una tasa de producción neta de uno al rededor del año 2045. Según este supuesto, la población mundial sólo se equilibraría en el último cuarto de siglo próximo en un nivel de 15 mil millones de habitantes.

Un aumento de la población de esa magnitud, asociada a la difusión de la tecnología moderna y los niveles materiales de vida mejorados de todo el mundo, puede muy bien crear una situación en las que se hagan demandas imposibles al complejo y delicado equilibrio ecológico de la tierra. En este sentido, las Naciones Unidas recomiendan hacer un estudio a fin de poner en relieve las consecuencias mundiales del crecimiento de la población y de las políticas nacionales, y ayudar a lograr el equilibrio mundial entre la población y los recursos disponibles. (2)

En varios países en desarrollo, se considera-- que la política para controlar el crecimiento de - la población está fundamentalmente en la planifica- ción del desarrollo; están más de 35 países que -- abarcan cerca de los cuatro quintos de la pobla- - ción del mundo en desarrollo, teniendo una políti- ca de población y programas nacionales de planifi- cación de la familia, encaminados a disminuir los- niveles de fecundidad a fin de promover el bienest- tar individual y nacional.

En otros países en desarrollo, el gobierno o-- los organismos voluntarios han adoptado medidas -- iniciales para proporcionar información y servi- - cios sobre planificación de la familia por razones de salud y bienestar.

Las diversas organizaciones del sistema de las- Naciones Unidas, que colaboran en la Planificación- Familiar a nivel mundial con los objetivos que - -- plantea la Federación Internacional de Planifica--- ción de la Familia son: El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); El Fondo de las - Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); La Orga- nización de las Naciones Unidas para el Desarrollo- Industrial (ONUFI); La Organización Internacional -

del Trabajo (OIT); La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación (FAO); - La Organización de las Naciones Unidas para la Educación y la Ciencia y la Cultura (UNESCO); La Organización Mundial de la Salud (OMS); El Banco Mundial y el Programa Mundial de Alimentos.

Toda causa tiene su efecto, y debido al gran avance científico, no nos debe sorprender la relación que hay entre las tendencias aceleradas de la población y grandes alteraciones y mejoras que ha hecho la ciencia de la naturaleza. (3)

Entre las alteraciones que afectan al mismo hombre para su supervivencia, se encuentra el valor per cápita de los alimentos, amenazando con estragos de hambre, deterioro del medio, aspectos económicos y sociales y desajustes del individuo.

Por lo tanto, es necesario hacer incapié en las personas especializadas en la problemática del desarrollo del hambre, en que tratan de incrementar sus investigaciones, tomando en cuenta la dinámica fundamental del hombre del futuro.

(3) Op. Cit. p. 11

B) CONSECUENCIAS DEL RAPIDO CRECIMIENTO DEMO
GRAFICO EN LOS PAISES EN DESARROLLO.

1) Consecuencias Socioeconómicas y Cultu-
rales.

En la actualidad, las necesidades son cada vez más grandes, limitando al individuo a los recursos más indispensables provocando mayor pobreza en los países en desarrollo, marcando así la sociedad de los pobres y la sociedad de los ricos, existiendo una injusticia económica que da lugar a un incremento de la delincuencia, drogadicción, desintegración familiar, desadaptación social, analfabetización, paternidad irresponsable y constante tensión al "temor de morir de hambre", ya que millones de personas mueren de hambre al año.

En los últimos meses y casi a diario, mueren más de mil personas por el hambre en la zona de Rangpeer en Bangladesh, además hay una epidemia de cólera que ha causado la muerte a más de dos mil personas en estos últimos meses. Han muerto alrededor de 80,000 en éste lugar y según fuentes oficiales, dicen que 30 mil están en peligro de perecer. En Bangladesh, algunas aldeas han --

quedado desiertas y los que han logrado sobrevivir se encuentran hambrientos y semidesnudos. (4)

Analizando las consecuencias de la sobrepoblación, se hace imperiosamente necesario un cambio social, donde se mejoren las condiciones del desarrollo educativo, logrando una integración del - - avance tecnológico donde se den mayores oportunidades a la mujer para que desempeñe trabajos laborales en las fábricas e industrias; otorgándoles todos los derechos que le corresponden para lograr su equilibrio económico y social, así como establecer debidamente en todos los sectores la planificación de la familia, donde se de orientación educativa en el aspecto sexual y de población, por medio de material audiovisual ya que, la gente con nula o baja escolaridad no capta fácilmente el problema de sobrepoblación y sus consecuencias.

(4) Nueva Delhi, 25 de Octubre de 1974. The Time.

2) Consecuencias de Salud.

Se ha visto que la miseria constante en alto-se presenta en las familias numerosas, ocasionando grandes desventajas, sufriendo mayores privaciones alimenticias y desnutrición que afecta el desarrollo físico y mental, produciendo bajo rendimiento escolar; además tienen extremas privaciones afectivas maternas, y se debe a que la atención se divide en gran número de hijos, no siendo suficiente la que recibe cada niño para su integración como individuo. Estos aspectos vienen a provocar en los niños estados de aislamiento, apatía, tristeza, no hacen intento de establecer contacto con su grupo para socializarse, respondiendo con agresividad, - encontrándose altamente correlacionado con algunos aspectos psicológicos como la falta de ambición, - escasa autodisciplina, poca habilidad mental y deficiente capacidad de concentración para realizar trabajos abstractos.

El psicólogo como profesional, debe ayudar a orientar y modificar actitudes, comportamiento y adquisición de conductas más adecuadas, teniendo aquí un amplio campo de trabajo junto con otros profesionales.

C) SITUACION DE LA EXPLOSION DEMOGRAFICA EN -
LATINOAMERICA Y EN ESPECIAL EN MEXICO.

Por tratarse de situaciones y características de población, hay que tomar en cuenta todo intento de Planificación Familiar.

A continuación presentamos los datos que los organismos especializados proporcionan:

Informes de la O.N.U., reportan el problema de población, presentando las tasas más elevadas de natalidad en los países en desarrollo (Africa, Asia y Latinoamérica). El alto grado de fecundidad que se registra obedece a idiosincrasias particulares y a la ignorancia de ciertos factores, marcados descensos de mortalidad que se han dado últimamente, tornando más grave la situación. Los factores que afectan a estos países difieren mucho de los que afectan a los países avanzados, ya que en estos últimos los cambios han sido paulatinamente equilibrados, debido al avance tecnológico industrial moderno, a que la mortalidad ha descendido a los mismos niveles que la fecundidad, y entre otros, al avance cultural. En cambio, en los países menos desarrollados, uno de los factores básicos que afecta es el alto grado de analfabetiza-

ción que impide el desarrollo socioeconómico más rápido, por lo que los profesionales encargados de los programas de Planificación Familiar deben tomar en cuenta los cambios tan acelerados de estos países, que han dependido del descenso de la mortalidad, debido a la creación de antibióticos que -- salvan de epidemias, campañas de higiene sanitaria para la salud pública y mejoramiento de la comunidad, prolongando así, la etapa de vida. Por -- otro lado, las tasas de natalidad han permanecido más o menos constantes hasta la fecha. No obstante, la natalidad más elevada le corresponde a Africa, -- en Asia es un poco más baja y similar a la de Latinoamérica, con excepción de algunos países (Argentina, Uruguay, Chile y Puerto Rico). (5)

La población de Latinoamérica en la década de 1920 a 1930 se elevó aceleradamente con una tasa -- anual de 1.8 por ciento en el resto del mundo. Desde entonces su expansión ha sido cada vez más rápida y superior a cualquier otra región del mundo. -- Estas tendencias al aumento acelerado, no tienen --

(5) PERFIL DEMOGRAFICO EN MEXICO, Panorama Económico, 1971, Nos. 2 y 3, pag. 6, 7. Fundación para Estudios de la Población A.C. México.

precedentes en la historia, ni paralelo actual en ningún otro país de la tierra.

Analizando la situación actual, la tasa promedio anual entre 1960 y 1970 en estos países varía desde un mínimo de 1.3 por ciento en Uruguay hasta un máximo de 3.7 por ciento en el Salvador y más de 10 países tienen una tasa de 3.0 por ciento.

El ritmo de crecimiento de la población en -- Latinoamérica es alrededor de mil personas por hora y 9 millones por año. Agregando aún más los que no registran los pueblos que están viviendo en condiciones infrahumanas.

El psicólogo que quiera participar en programas de Planificación Familiar, considero deberá tomar en cuenta la situación real de México, sin soslayar los datos estadísticos, económicos, sociales y culturales.

Resumiendo el perfil de México, por ser nuestro centro de estudio, los especialistas en la materia comunican que se registra una tasa de natalidad elevada, manteniéndose superior al 44 por mil, en 1930-66; posteriormente se da un descenso que comienza en 1967 con 43.5 y en 1969 con 43.4 -

al millar. Aunque ha disminuido, se considera la tasa de natalidad elevada entre los países latinoamericanos de mayor desarrollo económico y sigue -- siendo el más alto a nivel mundial. (6)

A pesar de la evidente declinación de la tasa de natalidad, no podría decirse lo mismo en la fecundidad, ya que sus tasas son de 2.6 por ciento -- en el periodo 1931-34; incrementándose en 1950 a -- 2.9 por ciento, de 3.1 por ciento, en 1960 de 3.2 -- por ciento en 1962, y actualmente continúa elevándose a 3.5 por ciento con perspectivas de ascenso. -- (7)

De acuerdo con el último censo de 1970, la población de México estaba compuesta de un 49.9 por ciento por hombres, y un 50.1 por mujeres, de éstas el 44.4 por ciento comprendían mujeres cuyas -- edades están en ciclo de reproducir, es decir, entre 15 y 49 años.

- (6) Cambios Demográficos y la Población en México, Raúl Benítez (reproducido de la revista mexicana de Sociología) Vol. XXX.
- (7) El Crecimiento Demográfico y el Desarrollo -- Económico Latinoamericano, Víctor Urquidí, -- Economía y Demografía, Vol. 1 N.L. 1967.

Las mujeres de 12 y más años fueron 15.1 millones, la mayor proporción (57.1%) declaró tener hijos. Fundamentalmente, a partir de los 20 años. Y las tasas diferenciales en la República fueron de 5.5 hijos. Las mujeres entre 12 y 19 años 1.8; entre 20 y 29 de 3.4; las de 30 o más años de 6.6. El dato último de edad (6.6) podría considerarse quizá como promedio de hijos nacidos vivos en la vida reproductiva de la mujer mexicana que lleva vida conyugal, nivel bastante alto, si se considera que la distribución normativa de la fecundidad parece ser actualmente de uno a tres hijos en Europa Occidental y de 2 a 4 hijos en los países latinoamericanos. (8)

Las proyecciones de la población de México, informadas por Benítez y Cabrera nos dicen que para 1980 México probablemente habrá duplicado la población en un periodo de 20 años, pues se elevaría de 36 a más o menos 72 millones. (9)

(8) El Desafío Demográfico, Galo Plaza, Revista - Horizontes USA. 1973 p. 34.

(9) Op. Cit. p. 2.

Imaginemos ahora los efectos que ocurren al -
satisfacer las necesidades de alimentación, sabiendo
que los recursos con que contamos son limita-
dos, y que en la actualidad mueren millones de -
personas de hambre al año, que contamos con millo-
nes de analfabetas por falta de escuelas, también-
que la organización de la familia se encuentra en-
franca crisis, y tenemos una alta tasa de madres -
solteras cuyos productos van a dar a casas de asisi
tencia en el mejor de los casos o crecen a la deriva
en la calle, como delincuentes en potencia.

No exagerando, probablemente la gran mayoría,
ignore la situación de éstos graves problemas y un
sector de la población abusa en la adquisición de
mejores productos para sus necesidades primarias,
alimentos y exigencias de comodidades para el bien
vivir que el hombre ha hecho indispensable. Aca-
rreando esto consecuencias como la destrucción de
los recursos naturales debido a la industrializa-
ción, ocasionando con ello la contaminación del ambi
ente, el aire y las aguas que son nuestros recursos
esenciales para sobrevivir como seres, es un -
problema que viene paralelo a la sobrepoblación y
que profesionales capacitados comenzaron atender -
recientemente.

D) ACTUAL PROGRAMA NACIONAL CON RELACION A --
PLANIFICACION FAMILIAR.

Al referirnos al programa de Planificación Familiar en México, haremos un poco de historia para observar como fue el desarrollo de éste.

Se funda en Enero de 1959, la primera Institución privada dedicada al programa de Planificación Familiar y a la investigación de anticonceptivos, esta es la Asociación Pro Salud Maternal. En aquel tiempo no era aceptada por las autoridades oficiales, presentándosele obstáculos para realizar dicha labor, ya que no había una conciencia en lo referente al contenido de la Planificación Familiar y existiendo mal entendidos, la asociación fue censurada en dos ocasiones y catalogada por las autoridades como "espantacigüeñas", "aborteros", etc. por la introducción de los anticonceptivos. Pero a pesar de todos los problemas con los que se enfrentaba la asociación, continuó su labor apoyándose en todos los reglamentos científicos con los que se había establecido. El mantenimiento de la asociación era en base a donativos voluntarios y a pequeñas cuotas de recuperación de los pacientes que asistían al programa de Planifica-

ción Familiar.

La asociación cuenta con un programa completo de Planificación Familiar como es: a) tratamiento de infertilidad; b) control de fertilidad; c) control prenatal; d) programa de adopción y e) control del niño.

También cuenta con el servicio de andrología (estudio de las substancias del desarrollo sexual) facilitando así ayuda a todos los pacientes en cualquier problema de esta índole.

Cuenta con varias clínicas en diferentes partes de la República, donde se ha hecho una experiencia bastante eficiente desde el punto de vista de investigación médica y educativa. El objetivo básico es que todas las parejas al entrar al programa de Planificación Familiar sean atendidas tomando en cuenta toda la labor que implica.

Actualmente sigue funcionando con perspectivas positivas, ya que se llevan a cabo investigaciones de los diferentes anticonceptivos. Esto nos da una idea de que difícil es que se acepte la Planificación Familiar en nuestro país y puede decir-

se que ésta asociación fue la primera en experimentar los primeros casos, siendo los pioneros de éste programa.

En 1960, se empieza a formar una Asociación Civil, que es la primera agrupación en México dedicada a la Planificación Familiar completa, ésta es la Fundación para Estudios de la Población A.-C. (FEPAC). En esta época comenzaron a estructurarse los programas por medio de conferencias y seminarios, esto se movía con el personal médico-todavía deficiente en su organización y administración. Hasta 1965, podría decirse que empieza a funcionar formalmente esta asociación, impartiendo cursos de adiestramiento al personal interesado que deseaba colaborar en el programa.

El programa de la FEPAC cuenta con: a) programas metodológicos de anticonceptivos; b) atención de casos de infertilidad; c) detección del cáncer cérvico uterino ginecológico, etc. Cada vez iba mejorando su organización, gracias al interés que presentaba el personal a los programas, fomentándose así los diferentes departamentos técnicos y administrativos. Se obsequiaban becas pa-

ra especializarse.

Actualmente cuenta con 150 clínicas en diferentes partes del país, que se han ido estableciendo durante los últimos 8 años. Los objetivos fundamentales de esta asociación, llevan las bases de la Federación Internacional de Planificación Familiar, entre ellas están:

- 1.- "Crear conciencia mediante la educación del deber personal y social que implica la procreación responsable".
- 2.- "Proporcionar los medios científicos y realizar investigaciones en los diferentes aspectos relacionados con la Planificación Familiar".
- 3.- "Proporcionar los medios científicos e individualmente adecuados para que la pareja pueda llevar a cabo la Planificación Familiar".
- 4.- "Promover, cooperar y asesorar otras instituciones en el establecimiento y suministro a la comunidad de los servicios de Planifica--

ción Familiar". (10)

Se le empieza a dar mayor interés y a considerar a la Planificación Familiar en 1972 como algo indispensable, por la influencia de las instituciones oficiales, considerándola como un derecho humano, y que se debe de poner al alcance de todas las mujeres que lo soliciten. Desde entonces cada vez se le ha dado mayor importancia, extendiéndose a todas partes de la República.

Todavía en Enero de 1973, se inicia formalmente el funcionamiento de los servicios de Planificación Familiar en varios Centros de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Siendo ésta la coordinadora de otras instituciones oficiales y privadas como son el IMSS, ISSSTE, INPI, etc.

Al inicio del programa, el enfoque que se le dió era exclusivamente de salud pública, para pro-

(10) Médico Moderno, Vol. XII, No. 1, septiembre de 1973, p. 187.

tección de la mujer y del niño, sin pretender si -
quiera tomar en cuenta los aspectos demográficos, -
ni otros temas que no fueran el de dar atención --
a la demanda popular y de proteger la salud mater-
no-infantil.

Estos objetivos enfocados solamente a salud pú -
blica no duraron mucho tiempo, pues surgió un nue-
vo cambio el mismo año (Junio de 1973) transformando
e implicando otras metas, adquiriéndo un enfo--
que político demográfico con metas específicas, indu
ciendo para ello cambios legislativos básicos para
lograrlas. Entre estos cambios esta: La Ley Ge-
neral de Población definida claramente con bases -
jurídicas, que harían posible la aplicación de una
política demográfica, siendo responsable de esta -
la Secretaría de Gobernación y seis dependencias--
más, que son las que producen las normas para estable
cer la política demográfica del país.

El programa como se observa todavía no queda -
bien establecido, ya que existen muchos aspectos -
que no se han enfrentado a discusión, por lo que -
no se ha hablado claramente sobre ello y el públi-
co no ha comprendido el problema, ya que se les da

información muy difusa y sublimada.

Ultimamente nuestro país se hace la propagan-
da del programa de Paternidad Responsable y Plani-
ficación Familiar, difundiendo temas difusos; es-
decir, que no son claros para el público, y se ha
establecido como justificación en términos genera-
les "la explosión demográfica adquiere cada día -
características alarmantes en nuestra patria y en
el mundo entero".

Este fenómeno obliga a meditar una nueva polí-
tica de población que asegure el desarrollo so- -
cial compatible con la sociedad humana, respon- -
diendo "el gobierno al problema fundamental, con-
apoyo a esa dignidad, unida a un concepto de Pa--
ternidad Responsable y el derecho de autodetermi-
nación inspirado en el deber y compromiso ineludi-
ble de engendrar hijos sanos física y mentalmente;
aleccionados con el buen ejemplo, bien alimenta--
dos, útiles a sí mismo y a la comunidad, capacita-
dos para la lucha en la vida, esto implica estar-
suficientemente dotados para formar parte de una-
sociedad culta, sana y libre. Esto será posible a
medida en que se entienda y practique lo que la -

Paternidad Responsable encierra en su contenido social y en su función apegada a los más elevados valores morales". (11)

Dicho lo anterior, el gobierno se fundamenta para la Planificación Familiar en la Paternidad Responsable y en la regulación de la fertilidad, "cuyas metas a lograr es el equilibrio entre el número de habitantes y los recursos económicos de que se dispone, con fines a proporcionar un desenvolvimiento adecuado que permita la felicidad de la nación". (12)

El gobierno mexicano basa su política para llevar a cabo el programa de Planificación Familiar en los motivos tales como:

- a) Demanda de Servicios de la Población.
- b) Motivos de Salud.
- c) Aspectos Económicos.
- d) Consecuencias Sociales.
- e) Razones de carácter Demográfico.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia - - coordinadora del programa de Planificación Familiar a nivel nacional, está integrada a la Direc-

ción General de atención materno-infantil con el propósito de dar solución a este programa.

- (11) David Fragoso Lizalde, "Una Tesis de Proyección Social", Dirección General de Atención Materno Infantil SSA, 1973, p. 7, 8, 9.
- (12)

CAPITULO II

OBJETIVOS DE LA FEDERACION INTERNACIONAL DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

La Federación Internacional de Planificación Familiar, fue fundada en 1952, tenía asociaciones en seis países, fue aumentado constantemente hasta agrupar 64 asociaciones voluntarias, actualmente cuenta con miembros en todo el mundo y tiene 79 -- asociaciones nacionales afiliadas. Al crecer de tamaño, también aumenta en influencia como organización no gubernamental tiene posición consultiva en las agencias especializadas más importantes de las Naciones Unidas. Anteriormente la Federación dependía sólomente de fondos recaudados de fuentes voluntarias, pero ahora recibe subvenciones de Estados Unidos de Norteamérica, Suecia, Gran Bretaña y Dinamarca; además de recibir apoyo financiero de 12 gobiernos, así como del Fondo de las Naciones Unidas para actividades de población y apoyo a las campañas de Planificación Familiar de 100 países. Sin embargo, los fines y actividades de la Federación están dirigidos por hombres y mujeres de espíritu público de todo el mundo y elegidos por cinco

consejos regionales de la Federación, para formar un gabinete.

Los objetivos de la Federación Internacional de Planificación Familiar son:

"Promover y adelantar la educación de los -- países del mundo en el campo de la Planificación-Familiar y Paternidad Responsable, en interés del bienestar familiar, la prosperidad de la comuni--dad, la buena voluntad internacional y de investi--gación científica apropiada con los siguientes te--mas: Las consecuencias biológicas, demográficas - económicas, eugenésicas y psicológicas de la fer--tilidad humana; subfertilidad y esterilidad, edu--cación sexual y consejo matrimonial; y de reunir--y dar a conocer los resultados de tales investiga--ciones". (1)

Lo dicho anteriormente, se consideró como ba--ses para el conocimiento de Planificación Fami--

(1) Paternidad Responsable y Educación Sexual, - (Actas de un grupo de trabajo en Túnez, nov. de 1969), Federación Internacional de Plani--ficación de la Familia. Abril de 1970, p. 6, 7.

liar y como un "derecho humano fundamental", para fomentar su amplio conocimiento y poner en práctica la declaración de los "Derechos Humanos de 1948" que son:

- ARTICULO 1. "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derecho y, dotados con éstas - de razón y conciencia, deben - comportarse fraternalmente los unos con los otros".
- ARTICULO 16. (1) "Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil tienen el derecho sin restricción alguna por motivos de raza o religión a casarse y fundar una familia y disfrutar de iguales derechos en cuanto al matrimonio y en caso de disolución de éste".
- (2) "Sólo mediante libre y pleno -- consentimiento de los futuros-esposos podrán contraer matrimonio".
- (3) "La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado".

La Federación ha hecho consciente, que existe una necesidad urgente de hacer promoción sobre los temas de "Paternidad Responsable y Educación-Sexual"; para guía y desarrollo de los jóvenes, - además para los adultos que incluya educación a -

los padres. La finalidad es que se debe proporcionar información sobre Paternidad Responsable y -- Educación Sexual para contribuir al desarrollo ra cional del conocimiento sexual y la reproducción, junto con las responsabilidades en las relaciones interpersonales. (2)

(2) Op. Cit.

CAPITULO III

PLANIFICACION FAMILIAR Y EDUCACION SEXUAL

Los objetivos que se pretenden en los programas de Planificación Familiar son: Suministrar información a todos los niveles y dar servicio clínico de anticonceptivos a hombres y mujeres que -deseen controlar voluntariamente su fecundidad.

La gran mayoría de los programas de Planificación Familiar en las diferentes partes del mundo, se encuentran apenas en su primera década de funcionamiento y solamente en algunos países como la República Popular China y la India tienen bastante experiencia en este campo; desde antes de 1960.

Casi todos los programas fueron iniciados a mediados de 1960 o en 1970, con diferentes tipos de apoyo (privado, gubernamental e internacional). Y es ahora cuando se empieza a dar mayor influencia y adquirir experiencia para dar la información necesaria.

Hay muchas variables que influyen sobre el -

nivel de fecundidad y, en consecuencia, en la necesidad de adoptar medidas para controlar la misma, entre ellas cabe mencionar la situación económica, las condiciones de salud, la vivienda, la educación y particularmente la fuerza de trabajo de las mujeres.

Una de las principales determinantes en materia de fecundidad en los países en vía de desarrollo, parece ser actualmente la mayor o menor disponibilidad de conocimientos y medios de control de la misma.

A) RAZONES POR LAS CUALES SE DEBE LLEVAR A CABO LA PLANIFICACION FAMILIAR.

Unas de las necesidades por las cuales se debe llevar a cabo el programa de Planificación Familiar son:

Planear el tamaño de la familia para mejorar las condiciones del desarrollo físico, intelectual y emocional de los hijos. Uno de los factores fundamentales en el núcleo familiar es la integración de la personalidad del individuo en su desarrollo físico, intelectual y emocional, que confi

guran la imágen general de salud de la familia, - ya que las repercusiones de la niñez no sólo afectan al individuo a través de toda la vida, sino - que incluso pueden afectar a toda su prole.

Se han obtenido evidencias de los diversos - ambientes culturales y se ha visto que familias - numerosas pueden ser perjudiciales para el crecimiento y desarrollo de los hijos.

Otra razón es la alta tasa de mortalidad ma-terna que dan las estadísticas que son de 14.3 -- por diez mil nacidos vivos en 1970, aunque han habido descensos en el último decenio. Las graves - causas que se presentan en las madres multípara-son complicaciones obstétricas como la toxemia, - hemorragias, trastornos de la placenta, ruptura-uterina, diabetes, cáncer en el cuello del útero- y otras. Además el alto índice de aborto provoca-do clandestinamente.

Las apremiantes necesidades que invade en -- los sectores de clase económicamente menos favorables, en donde también se palpan grandes deficiencias en la integración familiar y en su proceso - educativo integral como seres humanos; sujetos --

únicamente a realizar lo que sus instintos les im
pulsan sin control alguno y sin percibir las con-
secuencias que pueden ocasionar por su falta de -
educación en general. Ocasionando esto la procrea-
ción indeseada, pués son más los niños no desea--
dos que los deseados, es decir, son embarazos - -
inesperados dados al azar, y al venir el hijo al-
mundo, por los escasos recursos económicos son --
abandonados, aumentando el problema de los grupos
marginados por la sociedad. Observándose así el -
deterioro existente en la estructura familiar.

B) ANATOMIA Y FÍSIOLOGIA DEL APARATO REPRODUC--
TOR DEL HOMBRE Y DE LA MUJER.

El aparato reproductor de la mujer está for-
mado por dos partes, una interna y otra externa.-
La interna está integrada por los ovarios, trom--
pas de Falopio, útero o matriz; la parte externa-
la forman la vagina, labios mayores, labios meno-
res y clítoris.

La parte interna reproductora consiste en --
dos ovarios, éstos son dos glándulas pequeñas de-
forma ovalada y se encuentran ubicadas a los la--
dos derecho e izquierdo de la matriz, su función-

principal es la formación de los óvulos en el ciclo de ovulación, que al madurar en unión con el espermatozoide, se dan la concepción. Las trompas de Falopio están colocadas con los ovarios, su estructura es parecida a un embudo, su función principal es llevar por la cavidad al óvulo hacia el útero. Cuando el óvulo maduro encuentra al espermatozoide en la cavidad de las trompas y éstos se unen, se realiza la concepción, ésta se implanta en la pared del útero y se desarrolla el embrión, posteriormente en un feto, el cual está rodeado por una bolsa de agua (fluido amniótico). El feto se nutre de la sangre materna por medio de la placenta y el cordón umbilical.

La matriz o útero es un órgano muscular - - elástico y hueco del tamaño y forma de una pera, - está suspendida por ligamentos en la parte inferior del abdomen o pelvis y se inclina ligeramente hacia adelante para permitir su dilatación durante el embarazo. El cuello de la matriz conecta con el extremo inferior de la vagina. Durante el embarazo, el útero se dilata, lo que indica la -- protuberancia de las paredes abdominales hasta -- que la madre de a luz al niño. Los dolores del --

parto son causados por las contracciones de las paredes musculares de la matriz y en su esfuerzo por expulsar al niño.

La parte externa del aparato reproductor de la mujer, lo forma la vagina que realiza una doble función, ya que está considerada como el órgano principal de expresión heterosexual para satisfacer sus necesidades fisiológicas, psicológicas y simultáneamente la función de la concepción. La vagina es un conducto interno que recibe al pene (órgano genital masculino) y llega al cuello de la matriz, también es muscular y oprime al pene introducido a manera que produzca placer, está cubierta por membranas mucosas que lubrican durante la excitación.

El clítoris es una protuberancia de carne, que se encuentra en la parte superior de la vulva, inmediatamente debajo del monte de venus, la función esencial del clítoris es dar mayor placer a la mujer durante el acto sexual, contribuye en el coito para lograr el orgasmo en la mujer.

El aparato reproductor masculino está formado por: el pene, el escroto, los testículos, con-

ductos seminales, vesículas seminales y la próstata.

El pene es un apéndice penduloso y flácido - en su estado normal y está considerado como "órgano de copulación". Tiene un canal que corre por - su eje, conocido como uretra, la cual se inicia - en la vejiga y termina en la punta del pene, ésta abertura se llama orificio uretral. La uretra desempeña dos funciones: una es la de descargar la-orina de la vejiga y la otra es la expulsión del-semen de las vesículas seminales. Durante la erección causada por la excitación sexual, el pene se pone rígido y se agranda. La uretra puede exudar-una secreción pegajosa que lubrica el canal ure--tral para la eyaculación del semen. La erección - es causada por el flujo de la sangre a través de-los principales vasos sanguíneos del cuerpo cavernoso que hace que el pene se hinche bajo la in- -fluencia de la excitación sexual. La rigidez y di-latación del pene son un requisito previo para el coito, en el cual interviene el sistema nervioso.

La glande es la cabeza del pene, esta parte- es muy sensible y de efectos placenteros. El es--croto es un saco de tejido muscular que envuelve-

los dos testículos. Estos son dos cuerpos de forma ovalada y se encuentran suspendidos en el escroto.

Los testículos revelan numerosos canales seminíferos llenos de células o espermatozoides en el semen que se expelle o eyacula del pene al llegar al espasmo sexual.

C) FERTILIDAD Y ESTERILIDAD

La fertilización es el proceso por el cual - el óvulo maduro se une al espermatozoide para ser fecundado. Se inicia su desarrollo como un organismo independiente. A medida que se desarrolla, desde el momento de la fertilización hasta la segunda semana, la masa de células en proceso es conocida con el nombre de cigoto. De la segunda hasta la octava semana se le denomina embrión, y desde la octava semana hasta el nacimiento se le llama feto.

El óvulo fecundado en etapa temprana se llama cigoto, produce dos células en la división mitótica, cada célula recibe la mitad de cromosomas tanto del contenido del espermatozoide como del óvulo. Así continúa el proceso de la división de-

células, desarrollándose y moviéndose lentamente por las trompas hasta llegar al útero donde se continúa la formación del embrión hasta volverse feto.

La esterilidad en el hombre consiste en no lograr la eyaculación con suficientes células vivas en número y actividad para alcanzar a fecundar el óvulo.

La esterilidad en la mujer, a veces es por causa de alguna infección en los órganos reproductores que impiden la concepción o por alguna deficiencia hormonal en la que el óvulo llegue a fecundarse pero no consiga implantarse en las paredes del útero.

La esterilidad es una incapacidad en ambos sexos para reproducir. Mencionaré algunos problemas de esta incapacidad en la pareja; presentan incógnitas de diferente índole, deficiencias de salud y factores psicológicos, por una o por otra causa ésta produce frustraciones traumáticas en la pareja, sintiéndose de algún modo culpable y piensan algunos que es un castigo que deben pagar. Frente a esta situación, se sienten decepcionados y con vergüenza de no poder fecundar. En

este problema entran en juego varios factores como son probablemente una enfermedad producida por algún defecto congénito o algún factor psicológico que bloquee la función reproductora.

Lo importante en esto es enfrentarse a él y buscar ayuda para dar solución adecuada independiente cualquiera que sea. Gracias a los avances científicos médicos la esterilización puede ser tratada por cuidadosos procedimientos científicos, requiriendo exámenes médicos en la persona que sufre esta incapacidad; además se necesita de tiempo, confianza e interés, pues de ello también va a depender el éxito probable.

A veces no son necesarios los estudios antes mencionados, sino que hay factores emocionales y tensiones psicológicas que bloquean la actividad reproductora. Por lo tanto, en estos casos el tratamiento adecuado es una psicoterapia conyugal, con la finalidad de aclarar las incógnitas que están afectando a la pareja o a alguno de los dos.

En investigaciones hechas, se ha observado que en algunas mujeres, el bloqueo del aparato reproductor puede impedir la liberación del óvulo maduro, o las tensiones psicológicas pueden cau--

sar contracciones musculares que estrechan las trompas de Falopio e impiden el paso del óvulo.

En el hombre, las tensiones pueden perturbar de algún modo la producción de los espermatozoides.

Otra causa posible de la esterilidad es que la pareja no tiene información del proceso de la ovulación, llevando a cabo el acto sexual en periodos infértiles en la mujer.

D) METODOS ANTICONCEPTIVOS O CONTRACEPTIVOS

Los métodos anticonceptivos no son novedad de la última década, sino que desde siglos pasados ya se mencionaban en los libros sagrados de algunas culturas de la antigüedad entre otras -- la Hebrea, la Griega, la Egipcia y la China. En el curso de los siglos ya se practicaban varios métodos que actualmente siguen funcionando, con pequeñas variantes para un uso más eficiente y -- utilizando sustancias químicas en relación a -- ello.

Entre los métodos más antiguos están: La -- técnica del coitus interruptus -- lo menciona el --

Génesid y el Talmud-, en la que el hombre interrumpe el acto sexual antes de alcanzar el orgasmo para que no penetre el semen en la mujer. Este método, actualmente es practicado mucho, principalmente en Europa.

La ducha vaginal, lo practicaban las mujeres romanas y griegas, se lavaban después del acto sexual. Aunque no es nada eficaz, todavía muchas lo practican.

El método más avanzado en la antigüedad, -- fue el intento de inventar un dispositivo que -- funcionara como el diafragma vaginal, ya que es un objeto mecánico introducido en el útero que impide que los espermatozoides penetren en la matriz. Esta técnica es conocida por los egipcios y se menciona en el Papiro. También es empleado en otras partes del mundo.

Otro método que aún se emplea, es el uso de la esponja como obstáculo mecánico, en la misma forma que el diafragma.

El condón, es otro método que obstaculiza la entrada de los espermatozoides en el útero. Este dispositivo, parece haber sido empleado por

las mujeres primero, era una bolsa hecha de membrana de animal, en la que se forraban la vagina, otras usaban vainas vegetales, principalmente las sudamericanas. Los condones para el uso masculino son más recientes, y se hacen de diferente material especialmente de goma sintética y es usado por millones de hombres en todo el mundo.

El método del ritmo, es actualmente uno de los más importantes porque es el único que está autorizado por la iglesia católica; es también muy antiguo, sólo que se ha ido perfeccionando y buscando su eficacia.

Todos los métodos antes mencionados, se han ido refinando, pues el deseo de limitar el tamaño de la familia es tan viejo como la humanidad, y probablemente las familias antiguas tenían, -- entre otros motivos los mismos que muchos matrimonios de hoy; el de librarse de las molestias producidas por cada embarazo, y la tarea de alimentar y cuidar adecuadamente al nuevo hijo cada año.

Actualmente existen más de diez métodos -- anticonceptivos para la Planificación Familiar, -

todos éstos presentan grandes ventajas y desventajas; se diferencian en el grado de eficacia - que pueden ofrecer contra un embarazo indeseado, puede ser útil para algunas parejas e inútil para otras, pero se encuentran disponibles para cualquier matrimonio que desee limitar el tamaño de la familia.

Se explicarán a continuación los métodos anticonceptivos que actualmente se emplean para la Planificación Familiar.

1.- MÉTODOS NATURALES

A) LA ABSTINENCIA TOTAL.

B) PERIODO DE LACTANCIA.- En éste periodo, la madre no menstrua, por lo que algunas mujeres prolongan la lactancia del niño, utilizándolo como anticonceptivo este mecanismo, sin embargo ofrece un 40- por ciento de eficacia.

C) EL COITO INTERRUPTO.- Es el más usado actualmente, principalmente en Europa.- En éste, los espermias no penetran en el útero, retirando el pene justo antes de

la eyaculación, tiene una eficacia de -
70 a 80 por ciento.

D) METODO DEL RITMO.- (Ogino Knaus), se ba
sa en el hecho de que normalmente, sólo
una vez por mes, la mujer produce un --
óvulo maduro que puede ser fecundado --
por un espermatozoide y desarrollarse -
para formar un nuevo ser. El óvulo sólo
tiene 24 horas de vitalidad, durante --
las cuales se mantiene vivo y puede ser
fecundado, si ésto no ocurre, el óvulo-
se desintegra volviéndose menstruación.
Hay que tomar en cuenta el hecho de que
los espermatozoides pueden vivir 48 ho-
ras en el cuerpo de la mujer después de
la unión sexual y aún fecundar el óvu--
lo. La concepción sólo puede ocurrir si
el acto sexual se produce en el periodo
en que el óvulo permanece vivo, o si ha
ocurrido en un momento reciente como pa
ra que haya espermatozoides viables na-
dando en el cuerpo de la mujer. Hay - -
pués sólo un periodo por mes que dura -
un total de 72 horas, en el que la - -

unión sexual puede producir un embarazo. Tiene un porcentaje de eficacia del 60-- por ciento.

2.- MÉTODOS FÍSICOS

- A) **PRESERVATIVOS MASCULINOS (CONDON).**- Es - una vaina de goma sintética, que se usa- ajustada en el órgano sexual masculino, - su función es impedir que los espermato- zoides penetren en la matriz; tiene un-- porcentaje de eficacia del 80 por ciento y ésta aumenta usándose una crema esperm- atizada introducida en la vagina antes- del acto sexual.
- B) **DIAFRAGMA VAGINAL.**- Es un dispositivo de hule diseñado para cubrir el cuello del- útero e impedir que entren los espermato- zoides, éstos varían de tamaño, de acuer- do con la extensión de la matriz de cada mujer, se utiliza junto con una pomada - anticonceptiva. El diafragma debe ser in sertado antes de la unión sexual y no de be de quitarse hasta que pasen por lo me

nos 6 horas; después debe de sacarse y aplicarse un lavado intravaginal. Tiene 60 por ciento de eficacia.

3.- METODOS QUIMICOS

Entre estos podemos mencionar los óvulos, tabletas, jaleas y espumas vaginales, - éstos productos químicos al introducirse en la vagina, actúan como capa protectora contra los espermatozoides, y deberán usarse antes del acto sexual, aplicándose 15 minutos antes, para que se disuelvan, dichos productos tienen 60 por ciento de eficacia. Cuando no son debidamente aplicados, pueden quedar zonas sin proteger, habiéndose probabilidades de embarazo.

4.- METODOS MECANICOS

El Dispositivo Intrauterino moderno fué usado a principios de este siglo en Alemania, al principio no tuvo éxito, los primeros modelos eran anillos hechos de fibra de seda y un alambre muy fino, causaba moles-

tias, frecuentes complicaciones, pero resultaban eficaces. La idea no prosperó hasta -- 1966 cuando tuvo mayor aplicación.

El Dispositivo Intrauterino como su nombre lo indica, es un aparato que se inserta en el útero para impedir la concepción. Es uno de los métodos más recientes y está considerado como el principal para el control de la explosión demográfica. Está hecho de distintas formas y varía ligeramente de tamaño, por lo regular mide 25 milímetros de diámetro, el material que emplean también es variado. El de forma de "anillo" es un arco de acero inoxidable, el de forma de "Z", "rulo" y "espiral" son de plástico. A este método es uno de los que se les da mayor promo- - - ción, debido a las ventajas que presenta; entre las que sobresale que es el principal -- método para el control de la explosión demográfica, además su costo es muy bajo, y se utiliza muy poco tiempo para insertarlo, la insertación es más fácil en las mujeres multíparas, se puede aplicar en cualquier momen

to y no tiene casi contraindicaciones, solamente en sospechas de embarazo, infecciones pélvicas, ginecológicas, crónicas o agudas, cáncer o malformaciones congénitas del útero. La colocación del aparato, está indicado por comodidad, que se inserte inmediatamente después de la menstruación, cuando el cuello del útero está dilatado. Una vez colocado, puede permanecer muchos años en su lugar, no tiene efectos perniciosos; puede extraerse cuando la mujer decida y quiera volver a embarazarse. La mujer queda embarazada generalmente entre los 6 y 12 meses, lo cual indica que el uso de este dispositivo no afectará planes ulteriores de tener más hijos. Una vez insertado el aparato, suele haber algunos efectos secundarios poco desagradables, ligeras pérdidas de sangre, a veces acompañados por dolores de espalda o espasmos musculares similares a la menstruación, por lo general estos efectos desaparecen pronto, en algunas mujeres su organismo los tolera, en otras, la pérdida de sangre es continua y hay que sacarlo inmediatamente, otras muje--

res lo expulsan automáticamente, por las con-
tracciones musculares que presentan durante-
la menstruación, en este caso puede volver a
colocarse.

Todavía no hay investigaciones que pue-
dan afirmar con exactitud como actúan los --
dispositivos intrauterinos en la mujer, hay-
sin embargo, algunas teorías que indican que
el movimiento muscular fuerza al óvulo a pa-
sar al útero que provoca el dispositivo an--
tes de estar listo para ser implantado. La -
eficacia de este dispositivo, varía según la
forma y tamaño, nunca alcanza el 100 por - -
ciento de efectividad, aunque hay que seña--
lar que es uno de los más efectivos, la ma--
yor ventaja que tiene tanto para los indivi-
duos como para las naciones, es que no hay -
objeciones religiosas y morales contra los -
métodos mecánicos, y a diferencia de los - -
otros, no se requiere de cuidado una vez co-
locado. (Se recomienda que cada año se haga-
revisión y exámen de Papanicolao).

5.- METODOS HORMONALES

Las pastillas anticonceptivas es otro -

de los métodos modernos mundialmente conocido, comunmente llamado la "píldora", son sustancias esteroideas que en cantidades mínimas son capaces de regular la fertilidad, se administra en la mujer por vía oral.

Es el método más eficaz, con un porcentaje de 99.5 por ciento de seguridad. El mecanismo de acción es el de inhibir la secreción hormonal folículo estimulante y luteinizante a nivel de hipófisis para impedir la formación y maduración de los óvulos en los ovarios, produce cambios en el endometrio, modifica el moco cervical, impidiendo a los espermatozoides fecundar. Actúa en el proceso del ciclo menstrual al tomar una pastilla diaria, es decir, se agrega al organismo una dosis de estrógenos y progesteronas sintéticas a las hormonas que produce el propio cuerpo.

Este método ocasiona efectos secundarios como cefáleas, náuseas, vómitos, dolor de mamas, aumento de peso y nerviosismo, estas molestias se presentan en el 10 o 20 por

ciento de las usuarias y algunas suelen desaparecer en el cuarto o quinto ciclo. Existen contraindicaciones al aplicar este método en mujeres que padecen várices, cáncer mamario, diabetes, cardiopatía, embarazo e hipertensión arterial.

Las inyecciones tienen el mismo mecanismo de acción que las pastillas. Se aplica al octavo día después de cada periodo menstrual, utiliza compuestos de hormonas como las píldoras de 20 días, pero en proporciones ligeramente diferentes. Su uso es intramuscular.

6.- MÉTODOS QUIRÚRGICOS

ESTERILIZACIÓN.- Es un método quirúrgico, que impide la maternidad o paternidad. Es un anticonceptivo permanente. Se practica una operación en el hombre o la mujer y no tiene ningún efecto sobre el deseo o capacidad sexual.

A) La operación realizada en la mujer consiste en ligar las Trompas de Falopio,-

(tránsito de los óvulos del ovario al útero), cambia el proceso del óvulo y no llega al útero, sino que se desintegra y es absorbido por la sangre. Este método es muy difundido en los lugares de Asia, Africa, Japón y China Popular; en México sólo se aplica por recomendación médica en mujeres que no deben embarazarse porque padecen enfermedades graves.

La operación femenina, requiere de una incisión en el abdomen, debe ejecutarse bajo anestesia general. Se necesita por lo menos de 4 a 6 días de convalecencia para su recuperación.

- B) La operación en el hombre es llamada -- vasectomía, consiste en cortar y atar -- los túbulos por donde pasan los espermatozoides, el individuo operado sigue -- produciendo semen como antes, pero el -- fluido no contendrá espermatozoides, éstos se desintegran y son absorbidos. La operación masculina es más sencilla que en la mujer, sólo requiere de pequeños-

cortes en ambos lados del escroto, se realiza bajo anestesia local y no se necesita de cuidados como en la mujer.

La esterilización como método anticonceptivo tiene muchas desventajas desde todos los puntos de vista, va en contra de las leyes naturales de procreación, ya que una vez hecha la operación, el individuo queda esterilizado definitivamente.

En recientes investigaciones se han experimentado nuevas técnicas para observar las posibilidades de que sea reversible tanto en el hombre como en la mujer la esterilización. Para esto se han bloqueado con un plástico gomoso los conductos, esperando que con una nueva operación se pueda volver a procrear, ya que en los intentos pasados, una vez operado el individuo se intentaba desligar y el 50 por ciento de las veces no daba resultado.

7.- ABORTO

La mayoría de los médicos definen el --

aborto como la eliminación de un embrión o feto de la pared del útero a la que se ha adherido. - Aunque otros no están de acuerdo en mi opinión, - esta definición parece ser la más acertada.

Mi interés por nombrar el aborto en este tema, es porque a pesar de ser un método contraceptivo, ilegal y traumático para muchas mujeres, es uno de los métodos "control de la natalidad" que más se ha utilizado desde la antigüedad y hasta nuestra época actual, se practica en todas partes del mundo sin control alguno. Se han hecho estudios en varios lugares a nivel internacional y se observó que en todos los lugares se practica en una forma elevada y clandestina en condiciones antihigiénicas y peligrosas que dejan graves lesiones e infecciones. Excepto en algunos países donde ya es legal se hacen en buenas condiciones y atendidos por especialistas.

Especificando un poco más el problema del aborto en nuestro país las estadísticas de las instituciones oficiales calculan e informan que hay más de 500 mil abortos al año, proporción elevada, no contando aquellos que se realizan y-

se desconocen. Estos datos son proporcionados -- por las pacientes que, después de abortar en -- condiciones clandestinas, asisten a las institu-- ciones para ser atendidas por las graves hemo-- rragias, infecciones y lesiones provocadas.

Tomándo en cuenta este dato alarmante en -- nuestro país, donde el aborto es ilegal y la -- opinión de la religión apoya esta postura cabe-- decir que todos esos abortos son embarazos inde-- seados y de alguna forma evitan a la responsabi-- lidad que ocasiona traer un niño al mundo. ¿Es-- el aborto un acto consciente o inconsciente, es indigno o digno?. Estas preguntas las dejo para cada individuo según su criterio, ya que en cada caso la pareja es libre de decidir hacerlo o no.

Probablemente este problema disminuirá a -- medida que haya mayor difusión en lo relaciona-- do con la educación sexual y Planificación Fami-- liar, puesto que existen muchos prejuicios mora-- les y sociales que actualmente son inoperantes-- y retrasan el desarrollo cultural del país. Por lo tanto, sugiere y motivo a cualquier especia-- lista interesado en el problema a que se reali--

ce investigaciones para explorar las actitudes de los individuos a todos estos problemas principalmente en lo que se refiere al programa de Planificación Familiar para tratar de modificar estas actitudes con objetivos positivos, persuadiendo y creando confianza para este propósito.

DEMANDA DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.- Los métodos anticonceptivos son los factores fundamentales para poder llevar a cabo la Planificación Familiar y para reducir la fecundidad excesiva.

Los métodos anticonceptivos varían de país a país, y entre los más usuales están: anticonceptivos orales, dispositivo intrauterino, esterilización y aborto.

Cada método de control de fecundidad tiene una demanda que depende en gran medida de factores tales como la edad y paridad.

Las investigaciones hechas en Agosto de -- 1973 (1), mostraron que las multíparas jóvenes prefieren los anticonceptivos orales y los hom-

(1) Boletín Informativo Médico, Serie J, Num.- I, R.T. Ravenholt, pags. 7, 8 y 9.

bres jóvenes el condón; las mujeres y los hombres de edad más avanzada optan por la esterilización.

El dispositivo intrauterino más empleado por las mujeres cuya edad fluctúa entre los 30 y 40 años; el aborto tanto en jóvenes como en mujeres de edad más avanzada, en proporción -- más o menos inversa al uso habitual de los anticonceptivos.

Entre las mujeres que se encuentran en el umbral de la vida productiva, son más aceptables los anticonceptivos orales que el dispositivo intrauterino, a pesar de que ambos son fáciles de obtener. Otra de las razones por las que tiene mayor demanda el dispositivo intrauterino, es que además de su bajo costo en los países en vía de desarrollo la analfabetización es tan alta que no logran comprender las instrucciones de los anticonceptivos orales, - en cambio el dispositivo intrauterino una vez colocado, no necesita de cuidados por parte -- del paciente.

CAPITULO IV

COMPORTAMIENTO SEXUAL

Como consecuencia de los tabues, prejuicios sociales y conocimientos erróneos en relación al sexo, a veces la conducta sexual es in completa sin lograr satisfacciones.

Mencionaré solamente las fases por las -- que atravieza la conducta sexual para lograr - el clímax. Pasa por cuatro fases según Masters y Johnson, investigadores científicos en la materia; divididas únicamente para facilitar su comprensión.

La primera fase es la excitación, en la - cual es muy importante la estimulación física- y psicológica, porque de ello va a depender -- que se llegue a prolongar la satisfacción, sutilmente se pasa a la segunda fase de meseta - donde combina la estimulación sexual efectiva- llegando al máximo en la tercera fase que es - la del orgásmo, siendo ésta muy corta y poco a poco se pasa a la última de resolución que es- la más prolongada.

Todo este proceso se da para obtener una-satisfacción fisiológica de todo individuo. Si esta conducta fuera comprendida por todos los -individuos sería un gran adelanto que disminuirá las frustraciones sexuales.

Una razón importante por la cual enfatizo la necesidad de educación sexual, es porque todavía muchos sectores sociales desconocen ciertos factores fundamentales para una buena relación sexual enfrentándose con una serie de obstáculos de tipo moral, educativo y psicológico-que lo impiden. »

A) FRECUENTES PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN EN-LAS RELACIONES SEXUALES.- Frigidez e Impotencia.

Entre los problemas sexuales más frecuentes están la frigidez en la mujer y la impotencia en el hombre.

La mayoría de las mujeres, según las cifras estadísticas sufren frigidez. La frigidez-se refiere a no sentir deseos sexuales ya sea -parcial o totalmente, considerándolos como experiencias desagradables; siéndo ocasionada por -múltiples factores con orígenes complejos y di-

fíciles de conocer y especificar. Analizaremos los orígenes sociales y psicológicos.

Al hablar de frigidez se puede decir que es principalmente una anomalía de tipo psicológico, pero también en menores casos puede ser orgánica. Si es de origen orgánico puede ser producida por defectos o lesiones físicas de nacimiento, por algunas deficiencias constitucionales en los órganos genitales, por un mal funcionamiento hormonal, por anemia, por desordenes menstruales o anormalidad pélvica, etc.

Las causas más frecuentes que se presentan son de origen psicológicos, y entre ellas tenemos los traumas emocionales, la educación inadecuada en relación a la actividad sexual y otras.

Es sin lugar a duda la educación familiar y social la causa del concepto erróneo que se tiene sobre la conducta sexual. Dado lo anterior, la mujer se encuentra limitada e incapacitada para comprender su verdadero valor. Ella considera -porque así le han enseñado- que la sumisión, la dependencia, la actitud a veces --

servil son la base para atraer y conservar al hombre, sujetándose con esta posibilidad a las órdenes y deseos que el sujeto da.

La educación rígida y tradicional ha traído como consecuencia la limitación intelectual, emocional y social de la mujer.

Esta actitud pasiva y dependiente le ha impedido un desarrollo de sus capacidades intelectuales que le limitan la participación activa en el trabajo, en la vida política, y en sus relaciones interpersonales que sólo se acostumbra dar en el hogar.

En el aspecto emocional no tiene una actividad propia, aquí su dependencia adquiere matices alarmantes. Es usada como objeto, se le explota y se le manipula, no tiene voz ni voto, es considerada como un ser inferior que debe acatar órdenes.

Las limitaciones anteriores han provocado un despertar en algunas mujeres. Actualmente hay gran rebeldía y luchas con fines a modificar el tradicionalismo. En este momento históri

co las mujeres pretenden desarrollar al máximo sus capacidades y dejar a un lado la sumisión y dependencia. Esta etapa es en mucho provocada - por el avance tecnológico que incita a una participación mayor de la mujer en el campo profesional, dando esto lugar a que compita con el - hombre, aún cuando no puede dejar a un lado su hogar y sus hijos.

La mujer debe conjugar los aspectos intelectuales, emocionales y del hogar con miras de comprender su verdadero valor. A formar un nuevo tipo de mujer activa e independiente, sin dejar a un lado el papel de mujer.

Una de las causas comunes que origina la falta de goce sexual, se debe al mal enjuiciamiento que se tiene sobre el sexo, ya que algunas mujeres tienen la impresión de que es anormal gozar con las relaciones, tomando ésta conducta sólo para procrear hijos y someterse sólo a ese "mal necesario" cuando su marido lo - - desee, aunque ellas consideran al sexo vergonzoso y pecaminoso.

La tendencia al lesbianismo es un factor-

muy importante. Estas pueden permanecer latentes en todos los individuos que tratan de enmascarar las de manera inconsciente, aplicando una serie de mecanismos para cubrirlas impidiéndoles tener una relación sexual adecuada, porque sienten una repulsión física al hombre y una atracción por personas de su mismo sexo.

Otra causa son los traumas psíquicos, estos se pueden presentar en cualquier etapa de la vida, surgiendo desde los primeros años de la infancia.

Otro factor que puede influir, es la enseñanza en la moral y religión, las mujeres tienen grandes conflictos entre el deseo físico que sienten y la censura religiosa. Se les presentan exagerados sentimientos de culpa en relación con lo que piensan y hacen sobre el sexo, prefiriendo inhibirlo y desplazarlo a otras conductas, también los temores causan la frigidez, al decir esto, nos referimos a algunas mujeres que presentan miedos obsesivos que le impiden tener relaciones sexuales al grado de inhibirlo todo.

Estos temores son: al embarazo, a las en-

fermedades venéreas, al dolor, al temor de ser vistas, a ser consideradas muy sensuales, etc.

Algunos sentimientos que también le impiden alcanzar el orgásmo, pueden ser de culpabilidad, odio, celos, desconfianza, inferioridad y otras emociones negativas que sienten. Otro motivo de la frigidez es la masturbación. Al referirnos a la masturbación, no queremos decir que es algo anormal, más bien que es una conducta que se presenta en todos los individuos y sólo es inadecuada cuando se exagera. La masturbación desempeña un papel primordial en la frigidez, ya que esta conducta empieza en las primeras etapas de la infancia que pueden fijarse o exagerarse ocasionando posteriores conflictos o dificultades para llevar a cabo una relación sexual. Influyendo al grado de no alcanzar el orgásmo en el coito, debido a que las sensaciones de mayor excitabilidad se encuentran localizadas en el clitoris y no en la vagina.

Otro aspecto es la promiscuidad, las mujeres en estos casos tienen grandes dificultades en la satisfacción sexual ya que se entregan o tienen relaciones con cualquier hombre, indepen-

dientemente de cualquier sentimiento que puedan tener.

Las aberraciones sexuales que se presentan debido a la ignorancia, en lo que respecta a las relaciones sexuales, también provocan la frigidez que pueden ser ocasionadas por el mismo esposo, que realice técnicas sexuales con su esposa sin ella haber sido informada y orientada para hacerlo, y ocasionando que su cónyuge las considere como "perversiones", ya que ella ignora que todas ellas son normales mientras no sean sustituidas por el acto sexual en sí.

Todo lo anteriormente expuesto tiene una influencia tan profunda que tiende a desilusionar a la mujer en lo que respecta al lado hermoso de la conducta sexual.

La impotencia se refiere a la incapacidad sexual masculina, a pesar de sus deseos, para lograr mantener la erección. Existiendo gran variedad de factores que afectan e impiden al hombre realizar el acto sexual.

Se conoce tres tipos de impotencia: 1) La impotencia orgánica que es rara y puede ser cau-

sada por una falla congénita en el aparato reproductor; 2) La impotencia funcional causada por enfermedades nerviosas, también por el excesivo alcohol o drogas, o por alguna deficiencia orgánica y 3) La impotencia sicógena, que es la más frecuente, en donde el individuo puede sentir temor de embarazar a su pareja, también temor debido a malas experiencias sexuales basadas y a veces sienten culpa y vergüenza por falta de una educación adecuada.

Algunas causas que provocan la impotencia, pueden ser deseos incestuosos inconscientes por la asociación mental de las mujeres con las que se relaciona con la imágen de la madre; o bien por principios religiosos rígidos o por tendencias homosexuales.

Todos estos factores en alguna forma afectan al sujeto volviéndolo incapaz de realizar el acto sexual. La mayor preocupación del hombre es su virilidad y la inseguridad, en este aspecto que algunas veces siente, lo llevan a realizar exageradas relaciones sexuales para convencerse a si mismo y a los demás de su virilidad sexual, ejemplos clásicos de estos son la procreación de

un gran número de hijos, la agresividad física y el "don juanismo".

Los problemas de índole psicológico de la impotencia pueden ser disminuídos por una buena educación sexual. También es importante la labor que puede desempeñar la mujer en ayuda de su compañero para combatir sus problemas emocionales y obstáculos que le impiden tener erección y eyaculación adecuada en las relaciones sexuales.

CAPITULO V

ROLES Y DINAMICA DE LA FAMILIA

La familia está formada por la "unión del hombre y la mujer para engendrar y cuidar de su prole; es una expresión fundamental de la naturaleza social del hombre, de su necesidad de formar parte de un grupo". (1)

La estructura familiar es dinámica no estática, pasando por varios periodos; "una etapa el parto, otra cuando el hijo entra en la pubertad y los padres en su madurez, y aún otra cuando -- los hijos maduran, se casan siguen sus diferentes caminos y los padres envejecen". Cada individuo pasa por varios roles, el de la infancia, -- adolescencia, matrimonio, paternidad, maternidad y el ocaso. En cada una de éstas, el individuo debe integrar sus disposiciones emocionales en los roles adecuados.

(1) Nathan Ackerman, Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Ed. Paidós, - Buenos Aires, pag. 36 a la 45.

El núcleo familiar tiene dos actividades esenciales: "Una asegurar la supervivencia física, otra, constituye lo fundamentalmente humano del hombre". (2). Por lo tanto, la familia moldea las formas de conducta que se requieren para desempeñar los roles de esposo o esposa, padre, madre e hijo. Estos roles adquieren valores específicos de la estructura familiar y está considerada como una unidad de intercambio de los valores morales de amor y bienestar material y el control eficaz de este equilibrio va a depender de la estabilidad emocional de los padres.

La dinámica familiar según N. Ackerman tiene gran valor en la integración de la personalidad del individuo, en su obra "La Dinámica de la Familia", nos dice que la familia es un agente psíquico de la sociedad, la cuna de la personalidad. La integración social de los padres e hijos, organiza vías de expresión y control de las necesidades psicológicas, la socialización del hijo refleja la personalidad de los padres y las relaciones interpersonales típicas del grupo fa-

(2) Op. Cit.

miliar.

La interacción madre-padre e hijo en sus primeras etapas sólo se dan dentro de la estructura familiar, por lo que las influencias culturales se transmiten a través de los padres que cubren las necesidades de amor, alimento, preservación del yo y expresión sexual del niño, su estructura por el interjuego constante de la imagen de sí, y la imagen de experiencia interpersonal con los miembros importantes de la familia.- El ambiente familiar gira esencialmente en torno a los sentimientos de amor y de odio. El equilibrio entre ambos sentimientos está determinado por la actitud de los padres, aunque a la vez influyen las actitudes y conducta del niño. El carácter de los padres ya está profundamente fijado como resultado de su propio condicionamiento familiar temprano; pueden transportar las mismas actitudes que sus padres mostraban hacia ellos, o por lo contrario, si se han sentido maltratados pueden desplegar actitudes opuestas a las que ellos experimentaron en su infancia.

El ambiente emocional de la familia está representado en forma característica por la for-

ma en que los padres muestran su amor entre -- ellos y hacia los hijos. Cuando los padres se -- aman, el hijo ama a los dos; cuando se odian, el niño está comprometido a tomar partido y le provoca miedo el perder el amor del progenitor que rechaza; el niño al nacer, carece del concepto -- de Yo, y de personalidad propia, su actividad se va moldeando a través de sus etapas de desarro-- llo y a partir del llamado binomio madre-hijo, -- el cual empieza a diferenciarse hasta lograr la separación a partir del yo individual del niño.

"La identidad, o sea, el sentimiento del -- "Yo soy" alguien distinto a los demás, es un pro-- ceso de evolución. La identidad individual re-- quiere del apoyo de la identidad familiar, y és-- ta del apoyo de la comunidad general.

La familia tiene la responsabilidad de so-- cializar al niño y fomentar el desarrollo de su identidad. Esto se logra por medio de dos proce-- sos centrales a ese desarrollo: primero, el paso de una posición de dependencia y comodidad infan-- til, a la autodirección del adulto y sus satis-- facciones concomitantes; el segundo, el paso de un lugar de importancia infantil, magnificada, --

omnipotente, a una posición de menor importancia, esto es, de la dependencia a la independencia y-- desde el centro de la familia a la periferia. Ambos procesos son funciones psicológicas de la familia como unidad, siéndo esenciales para la salud emocional del niño". (3)

La identidad de la familia depende de la interacción, fundación y diferenciación de lo individual de ambos cónyuges. Además de la identidad-unida de la pareja cada uno de ellos, procura desarrollarse progresivamente como individuo y también realiza las metas familiares. La identidad psicológica de la pareja matrimonial forma al niño, y a su vez el niño conforma las necesidades de la pareja matrimonial.

La conducta maternal o paternal no puede -- vincularse a una relación causal simple, debido -- en parte a las personalidades individuales de los padres.

El actuar como padre o madre, significa -- adaptarse a roles recíprocos interdependientes -- moldeados en su mayor parte en la configuración psicológica total del grupo familiar.

(3) Ibidem.

La familia posee situaciones específicas-- de experiencias formadoras, que permiten que una persona se adapte a situaciones vitales diver-- sas. El hogar adquiere práctica y destreza para-- cumplir con una amplia variedad de roles socia-- les.

La interacción familiar puede intensificar o disminuír la ansiedad. Esta interacción forma-- el marco de referencia del individuo en el que -- se expresan los conflictos que contribuyen al -- triunfo o fracaso en la solución de situaciones-- en su vida posterior.

"Los fenómenos de los roles familiares - - constituyen el puente entre los procesos inter-- nos de la personalidad y la estructura de la fa-- milia como grupo. Los papeles familiares de marido y mujer, padre y madre, hijo y hermano, son - intrínsecamente interdependientes y recíprocos.- Cada miembro está obligado a integrarse a múlti-- ples roles y también a roles extrafamiliares". -

(4)

(4) Ibidem.

Cada uno de los padres tiene un rol diferente; la madre representa el hogar donde se satisfacen todas las necesidades y el ser de donde nacimos, es decir, la naturaleza; el padre significa lo relacionado a la disciplina, leyes y normas sociales.

El padre es el que enseña al niño a relacionarse con la sociedad, a adquirir las normas o leyes para adaptarse a ella. La madre en cambio, enseña ternura, el amor, los cuidados, la protección y lo atiende en sus necesidades psicológicas.

El desarrollo sano del individuo va a depender de su propio padre y madre, aprenderá a quererse a sí mismo. Con un padre y una madre amorosos, la falta de alguno de ellos trae como consecuencia problemas de distorsión de la personalidad. Si hay una fijación de carácter materno concebirá reacciones histéricas con tendencias e inclinaciones al alcoholismo y a la depresión, será una persona infantil, dependiente, receptiva, pasiva, impulsiva, esperando ayuda y ser salvado por la madre, irresponsable, incapaz de amar a una mujer como hombre, incapaz de fun-

cionar como padre. Si se trata de una fijación al padre, se inclina a la neurosis obsesiva, con incapacidad de espontaneidad, rígido, apegado al orden, a la ley y a la autoridad.

Por lo que la función materna y paterna es igualmente importante, desde el inicio del individuo, ya que ambos son introyectados por el niño para la integración de su personalidad.

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto, la Planificación Familiar es actualmente un cambio básico cultural, de actitudes frente a la reproducción orientadas a la educación sexual y a la paternidad responsable.

Por lo tanto, "la Planificación Familiar puede definirse como la responsabilidad de la pareja para planear la concepción cuando la desee, y así espaciando los embarazos, sin dejarlos al impulso instintivo sexual y tomando en cuenta racionalmente la sexualidad, pues de ello va a depender la regulación de la procreación". (5)

(5) Ibidem.

SEGUNDA PARTE

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El interés de realizar esta investigación, es conocer las condiciones actuales (económicas, sociales, culturales y psicológicas) en el seno de la familia en relación a la Planificación Familiar.

Para realizar esto se controlaron las siguientes variables: sexo, nivel socioeconómico y nivel educativo. El trato que se utiliza para las contestaciones claves formuladas para esta investigación se basa precisamente en la técnica de cuestionario, en la que se le pide al sujeto que conteste preguntas relacionadas a los aspectos de su vida íntima y en relación con las opiniones que sustentan con referencia a los servicios de Planificación Familiar del Centro de Salud "Galosoberón y Parra".

Utilizándo la prueba como un instrumento de método sistemático para explorar una o varias características de los individuos y dependiendo de los resultados se clasificaron las contestaciones que manifestaron.

Cabe mencionar aquí que existen tres tipos

de enfoques diferentes en el campo de las pruebas, esto va a depender de lo que se desee valorar, como por ejemplo; si se quieren saber las capacidades, aptitudes, memoria o cociente intelectual del individuo, se aplicará una prueba de habilidades o si se desea saber la eficacia de algún curso u objetivo a lograr, se aplicará una prueba de evaluación. En cambio, las pruebas de estimaciones se utilizarán para evaluar características del individuo en relación con su medio ambiente, o sea, situaciones de criterios específicos, es decir, la interacción del individuo con su medio ambiente (este término de estimación se le atribuye a Henry Murray, 1968).

Este último enfoque es el que se utilizó en la investigación, ya que se pretende buscar opiniones o evidencias de los efectos en el medio en el que viven los sujetos.

La psicología a diferencia de otras ciencias, se ve en la necesidad de utilizar niveles de significancia tal como se utiliza en este trabajo, y se debe a que los efectos en los que trabajamos los hacemos indispensables para eliminar hasta donde sea posible las interpretaciones

de sentido común y las apreciaciones intuitivas, así como las inferencias basadas en las experiencias subjetivas de los investigadores.

De acuerdo con esto nos planteamos las siguientes interrogantes:

- 1.- ¿Quién acepta más los métodos anticonceptivos del programa de Planificación Familiar, el hombre o la mujer?
- 2.- ¿Cómo funciona el servicio de Planificación Familiar del Centro de Salud? (Dr. Galo Soberón y Parra).
- 3.- ¿Qué efectividad tiene en términos de porcentaje el programa de Planificación Familiar del citado Centro de Salud?
- 4.- Opinión de los entrevistados acerca del programa de Planificación Familiar del Centro de Salud "Galo Soberón y Parra".
- 5.- ¿Qué opinión tiene el hombre y la mujer acerca del aborto?
- 6.- ¿Se encuentra el hombre más satisfecho en sus relaciones sexuales con su cónyuge que la mujer?

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA.- La Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública cuenta con 28 Distritos Sanitarios, distribuidos en las delegaciones del Distrito Federal, contándose con un Centro cabecera y varios subsidiarios en cada Distrito.

La muestra fué seleccionada al azar de la zona de estudio del Distrito Sanitario II, su espacio geográfico comprende una extensión aproximada de 34.5 Km.², cuya población total es de 650 220 habitantes y una densidad de 1 779 personas por Km.² (datos calculados por la SSA el 30 de Junio de 1974).

Este Distrito abarca la Delegación de Azcapotzalco, formada por la villa del mismo nombre, las colonias proletarias, haciendas y poblados que dan los límites del Distrito Sanitario II. En este, se localiza el Centro de Salud "Dr. Galo Soberón y Parra" que es la cabecera y tiene a su cargo dos Centros de Salud subsidiarios que son: "El San Martín Xachinahuac y "El Arenal".

El lugar donde se llevó a cabo la inves--

tigación fue en el Centro cabecera del Distrito Sanitario II. El promedio de asistencia diaria que atiende dicho Centro de Salud es de 160 pacientes.

Los sujetos que integran nuestra muestra de estudio es un grupo de 200 personas (100 hombres y 100 mujeres) en edad reproductiva, llevando vida conyugal y de nivel socioeconómico bajo; estos individuos no eran parejas, sino -- que iban a la consulta por separado.

PROCEDIMIENTO.- Antes de iniciar el estudio se hizo un sondeo por medio de entrevistas personales a 30 sujetos a los cuales se les preguntó:

- 1.- ¿Han oído hablar sobre el programa de -- Planificación Familiar?
- 2.- ¿Qué entienden por Planificación Familiar?
- 3.- ¿Qué entienden por Paternidad Responsable?
- 4.- ¿Han oído hablar de métodos anticonceptivos?

5.- ¿Dónde han oído hablar de los métodos an-
ticonceptivos?

Para explorar el nivel de conocimiento-
sobre el programa de Planificación Familiar y -
como punto de partida para centrarme en el obje-
tivo de nuestro estudio.

Recabada la información, se procedió a-
elaborar un cuestionario en relación al conteni-
do de la información obtenida y tomándo como ba-
se los reactivos de una investigación aplicada-
a nivel nacional de la familia en México, realizi-
zada por el Instituto Mexicano de Estudios So--
ciales en 1965-1968, dirigida por el Sociólogo-
Luis Leñero Otero, con un equipo de profesionis-
tas de diferentes carreras sociales. De este --
cuestionario se modificaron algunos reactivos -
adaptándolos a las condiciones de mi poblacón-
de estudio, y quedándo cada pregunta con dife--
rentes posibilidades de contestar, o sea de - -
5, 4, 3 y 2 opciones para que los individuos --
eligieran la respuesta más conveniente, según -
su opinión. (Apéndice I)

Una vez elaborado el cuestionario, se -

realizó un estudio piloto, escogiéndolo al azar -- 100 sujetos, 40 hombres y 60 mujeres que asis- -- tían al Centro de Salud a consulta general y de especialistas.

La forma en que se procedió en la motivación de los individuos para que realizaran el cuestionario fue la siguiente: "Se les va a apli- -- car un cuestionario de Planificación Familiar -- con el objeto de darles una mejor orientación en los temas de mayor interés para ustedes", además se les dijo que al contestar fueran lo más since ro posible, ya que no se les pedían datos personales que los pudieran comprometer. Después de -- que acabaron de contestar el cuestionario, se -- les dieron pláticas de orientación sobre el mismo tema, enfocándolo a las inquietudes que tenía el grupo, y se llevaron a nivel de discusión dirigida y se hacía que participaran todos los sujetos.

El objetivo de elegir esta muestra pilo- -- to de 100 sujetos fue la de probar la efectivi- -- dad o deficiencia en la elaboración del cuestio- -- nario, tanto en el contenido como en su construc-

ción.

La aplicación en este estudio piloto se realizó en forma colectiva, teniendo de 10 a 12 sujetos en cada grupo. Se les dió a los entrevistados el cuestionario, y el examinador leyó las instrucciones en voz alta, al mismo tiempo que cada sujeto las leía en voz baja. Estas eran muy sencillas ya que se les pedía a los sujetos que marcaran con una (X) la letra que creyeran conveniente a cada pregunta según su criterio.

Los resultados de este estudio piloto fueron muy interesantes, ya que se observó que algunos sujetos no comprendían la técnica de las opciones, encontrando que donde había cinco posibilidades en los reactivos, les resultaban más difíciles y marcaban varias contestaciones a la vez o dejaban preguntas sin contestar. Otros dijeron que porque había varias oportunidades para contestar, se les dificultaba escoger una de ellas. También se encontró que cinco de las preguntas del cuestionario no daban suficiente información, razón por la cual se les eliminó.

Con esta información se modificó el cuestionario, eliminando las cinco preguntas y redu-

ciendo todas las opciones a tres oportunidades -- para cada reactivo, con el fin de hacer más sencilla su comprensión. (Apéndice II)

Después de haber realizado estos cambios y quedando la forma final del cuestionario, se procedió a efectuar la investigación, objeto de esta tesis, con una muestra elegida al azar de 100 hombres y 100 mujeres que asistían a consulta al Centro de Salud. Para la aplicación se continuó con el mismo procedimiento anterior, ya que en el estudio piloto se vió que si daba resultado hacerlo en grupos pequeños. Las instrucciones quedaron -- iguales y como siempre se les pidió que fueran lo más sinceros al contestar, ya que no se les pedían datos personales que los pudieran comprometer, porque sólo se registró sexo y edad de cada uno de los sujetos. Y también se les dieron prácticas de orientación como en la muestra de estudio-piloto.

Después de haberse aplicado los 200 cuestionarios y tomando en cuenta algunas clasificaciones realizadas de otras investigaciones, dividimos en siete áreas los reactivos del cuestionario para facilitar el manejo e interpretación de-

la información obtenida. Estas áreas quedaron como a continuación se describen:

- 1.- NIVEL SOCIOECONOMICO Y CULTURAL.- Que nos va a decir cual es el mayor porcentaje de ingreso mensual, el trabajo que desempeña el sujeto y su nivel de escolaridad.
- 2.- RELACIONES INTERPERSONALES CONYUGALES.- Consideramos que esta en términos de porcentaje acerca de sus relaciones y grado de comunicación, del acuerdo recíproco en la toma de decisiones, de la expresión de sus sentimientos y grado de satisfacción de vivir -- juntos.
- 3.- OPINION ACERCA DE LA PLANIFICACION DE LOS - HIJOS EN LA FAMILIA.- Se medirá este aspecto en base a la relación que hay de los datos del número de hijos reales y el número ideal de hijos que hubieran deseado tener, - y comparándolos con el número de años que - llevan casados. Observamos el nivel de conquimiento sobre la planeación de los hijos, - el tamaño de la familia y el intervalo en--tre un hijo y otro.

- 4.- LA ACEPTACION DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL HOMBRE O EN LA MUJER.- Se referirá exclusivamente a la utilización de los métodos anticonceptivos naturales o científicos, para el hombre o la mujer, y que -- miembros del grupo investigado lo usa, y -- cual de ellos acepta más los métodos en -- términos de porcentaje.

- 5.- OPINION DE LOS ENTREVISTADOS ACERCA DEL -- PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD.- Aquí se considera que se obtendrá información de como es la orientación que se proporciona en el centro, si -- las indicaciones para entrar al servicio -- de Planificación Familiar son claras.

- 6.- OPINION DE LOS ENTREVISTADOS ACERCA DEL -- ABORTO.- En esta área se presentan algunos casos donde se puede aceptar el aborto, ya sea por situaciones de salud de la madre -- "físicas o psíquicas" o por escasos recursos económicos. Para que el sujeto conteste según crea conveniente. Tomando en cuenta los porcentajes.

7.- ACTITUD DE LOS ENTREVISTADOS HACIA LAS RELACIONES SEXUALES CON SU PAREJA.- Se medirá de acuerdo al mayor porcentaje, observaremos como reflejan o proyectan las relaciones sexuales por medio de las opiniones, como perciben su vida conyugal, - - quien queda más satisfecho en sus relaciones sexuales, y si desean que se les de orientación sexual.

En el Apéndice III se pueden ver las preguntas que integran cada área.

Para realizar el procedimiento estadístico, se vaciaron cada una de las preguntas en hojas cuadriculadas, obteniendo un vaciado de datos por grupo. Cada reactivo con sus opciones fueron sumados para cada sujeto. Una vez hechas las operaciones, se procedió a sacar proporciones para obtener los porcentajes. En algunos casos como: años de casados, número de hijos, se agruparon por medio de frecuencias.

En el tratamiento estadístico se utilizó la técnica descriptiva de proporciones y gráficas comparativas por ser muestras de datos nominales.

las técnicas de proporciones se aplicó en este estudio, por tener sólo frecuencias y debido a que este es un método de clasificación de categorías mutuamente excluyentes, ya que es imposible clasificar una sola observación en dos categorías diferentes al mismo tiempo, como masculino y femenino.

Los datos obtenidos están representados por cuadros de resultados y gráficas de barras que a continuación se presentan:

I.- NIVEL SOCIOECONOMICO Y CULTURAL

CUADRO 1

Porcentaje de empleo en la mujer, el hombre y el grupo total.

Empleo	M	H	G.T.
Obrero	62	59	60.5
Empleado	20	23	21.5
Otros	18	18	18.0
Total	100%	100%	100%

CUADRO 2

Porcentajes de ingreso familiar hombres, mujeres y grupo total.

Ingreso	M	H	G.T.
600-900	30	15	22.5
1000-1300	61	59	60.0
1400-2300	9	26	17.5
Total	100%	100%	100%

CUADRO 3

Porcentajes de nivel de escolaridad, mujeres, hombres y grupo total.

Escolaridad	M	H	G.T.
No asistió a la escuela	6	3	4.5
Primaria	86	71	78.5
Secundaria	1	16	8.5
Técnicos	0	5	6.0
Comercio	7	5	2.5
Total	100%	100%	100%

CUADRO 4

Porcentajes de ingreso cuando los dos trabajan, hombres, mujeres y grupo total.

Ingreso	M	H	G.T.
Siempre			
ayuda	32	38	35
a veces	20	10	15
nunca	48	52	50
Total	100%	100%	100%

II.- RELACIONES INTERPERSONALES CONYUGALES

CUADRO 5

NO. DE PREGUNTA	INCISO	%M	%H	NIVEL DE SIGNIFICANCIA.
1	a)	80	83	
	b)	20	15	
	c)	0	2	
TOTAL		100	100	
2	a)	33	8	.01
	b)	4	3	
	c)	63	89	.01
TOTAL		100	100	
3	a)	43	50	
	b)	56	49	
	c)	1	1	
TOTAL		100	100	
4	a)	30	60	.01
	b)	64	35	.01
	c)	6	5	
TOTAL		100	100	
5	a)	54	63	
	b)	45	33	.01
	c)	1	4	
TOTAL		100	100	

NO. DE PREGUNTA	INCISO	%M	%H	NIVEL DE SIGNIFICANCIA.
6	a)	53	49	
	b)	15	37	.01
	c)	32	14	.01
TOTAL		100	100	
7	a)	42	19	.01
	b)	0	0	
	c)	58	81	.01
TOTAL		100	100	
8	a)	56	59	
	b)	43	38	
	c)	1	3	
TOTAL		100	100	
9	a)	41	49	
	b)	53	50	
	c)	6	1	
TOTAL		100	100	
10	a)	36	37	
	b)	63	62	
	c)	1	1	
TOTAL		100	100	

III.- OPINION ACERCA DE LA PLANEACION DE LOS HIJOS EN LA FAMILIA.

CUADRO 6

NO. DE PREGUNTA	INCISO	%M	%H	NIVEL DE SIGNIFICANCIA.
2	a)	42	40	
	b)	10	15	
	c)	48	45	
TOTAL		100	100	
3	a)	60	57	
	b)	21	28	
	c)	19	15	
TOTAL		100	100	
4	a)	64	71	
	b)	33	24	
	c)	3	5	
TOTAL		100	100	
5	a)	15	18	
	b)	35	48	.05
	c)	50	34	.01
TOTAL		100	100	
6	a)	44	52	
	b)	31	34	
	c)	25	14	.01
TOTAL		100	100	

IV.- ACEPTACION DEL USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.

CUADRO 7

NO. DE PREGUNTA	INCISO	%M	%H	NIVEL DE SIGNIFICANCIA.
1	a)	33	34	
	b)	36	35	
	c)	31	31	
TOTAL		100	100	
2	a)	48	58	.05
	b)	36	26	.05
	c)	16	16	
TOTAL		100	100	
3	a)	35	41	
	b)	10	20	.05
	c)	55	39	.05
TOTAL		100	100	
4	a)	29	28	
	b)	15	10	
	c)	56	62	
TOTAL		100	100	

V.- OPINION ACERCA DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION -
FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD.

CUADRO 8

NO. DE PREGUNTA	INCISO	%M	%H	NIVEL DE SIGNI FICANCIA.
1	a)	84	87	
	b)	6	3	
	c)	10	10	
TOTAL		100	100	
2	a)	70	73	
	b)	28	26	
	c)	2	1	
TOTAL		100	100	
3	a)	62	81	.01
	b)	35	19	.01
	c)	3	0	
TOTAL		100	100	
4	a)	77	81	
	b)	20	16	
	c)	3	3	
TOTAL		100	100	
5	a)	81	90	
	b)	9	3	
	c)	10	7	
TOTAL		100	100	

VI.- OPINION ACERCA DEL ABORTO

CUADRO 9

NO. DE PREGUNTA	INCISO	%M	%H	NIVEL DE SIGNIFICANCIA.
a)	a)	58	59	
	b)	12	10	
	c)	30	31	
TOTAL		100	100	
b)	a)	29	45	.01
	b)	20	15	
	c)	51	40	
TOTAL		100	100	
c)	a)	57	49	
	b)	23	33	
	c)	20	18	
TOTAL		100	100	
d)	a)	44	38	
	b)	16	20	
	c)	40	42	
TOTAL		100	100	
e)	a)	32	23	
	b)	10	11	
	c)	58	66	
TOTAL		100	100	

VII.- ACTITUD DE LOS ENTREVISTADOS HACIA LAS RELACIONES SEXUALES CON SU PAREJA.

CUADRO 10

NO. DE PREGUNTA	INCISO	%M	%H	NIVEL DE SIGNIFICANCIA.
1	a)	40	21	.01
	b)	20	10	
	c)	40	69	.01
TOTAL		100	100	
2	a)	38	60	.01
	b)	50	39	
	c)	12	1	.01
TOTAL		100	100	
3	a)	26	44	.01
	b)	68	55	
	c)	6	1	
TOTAL		100	100	
4	a)	45	58	.05
	b)	35	31	
	c)	20	11	
TOTAL		100	100	
5	a)	51	19	.01
	b)	43	73	.01
	c)	6	8	
TOTAL		100	100	

NO. DE PREGUNTA	INCISO	%M	%H	NIVEL DE SIGNIFICANCIA.
6	a)	49	50	
	b)	13	30	.01
	c)	38	20	.01
TOTAL		100	100	
7	a)	46	33	.05
	b)	24	30	
	c)	30	37	
TOTAL		100	100	
8	a)	25	12	
	b)	25	20	
	c)	50	68	.01
TOTAL		100	100	
9	a)	80	50	.01
	b)	15	20	
	c)	5	30	.01
TOTAL		100	100	
10	a)	64	78	.05
	b)	26	12	.01
	c)	10	10	
TOTAL		100	100	
11	a)	18	30	
	b)	48	20	.01
	c)	34	50	.01
TOTAL		100	100	

NO. DE PREGUNTA	INCISO	%M	%H	NIVEL DE SIGNIFICANCIA.
12	a)	70	89	.05
	b)	5	9	
	c)	25	2	.01
TOTAL		100	100	
13	a)	84	83	
	b)	6	7	
	c)	10	10	
TOTAL		100	100	

PORCENTAJES DE AÑOS DE CASADOS EN MUJERES Y HOMBRES.

CUADRO 11

AÑOS DE CASADOS			% MUJERES	% HOMBRES
1	a	3	50	48
4	a	6	18	25
7	a	9	8	10
10	a	12	10	6
13	a	15	4	2
16	a	18	4	4
19	a	21	2	2
22	a	24	1	1
25	a	27	1	2
<hr/>				
TOTAL			100	100
<hr/>				

PORCENTAJE DEL NUMERO DE HIJOS QUE TIENEN EN MUJERES Y HOMBRES.

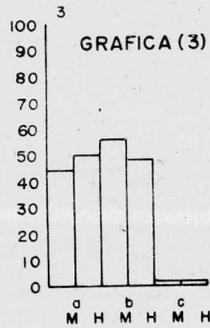
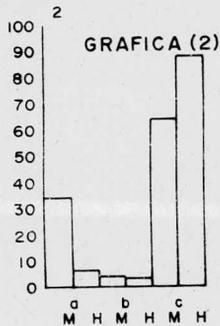
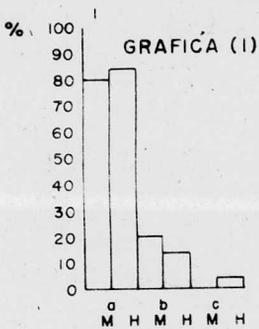
CUADRO 12

NO. DE HIJOS			% MUJERES	% HOMBRES
1	a	2	47	51
3	a	4	24	23
5	a	6	16	18
7	a	8	8	4
9	a	10	3	2
11	a	12	2	2
<hr/>				
TOTAL			100	100
<hr/>				

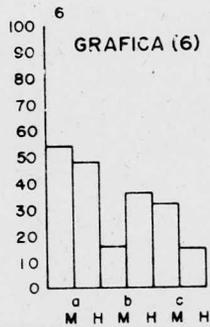
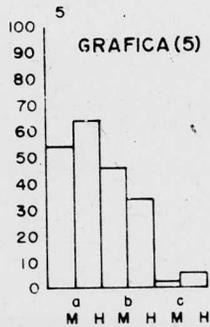
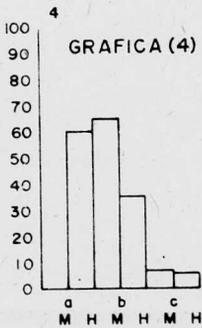
CUADROS DE LOS CUATRO GRUPOS, EN PORCENTAJES DE METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONOCEN

METODOS ANTI- CONCEPTIVOS.	CUADRO 19		CUADRO 20		CUADRO 21		CUADRO 22	
	1o. GRUPO		2o. GRUPO		3o. GRUPO		4o. GRUPO	
	MUJERES		HOMBRES		HOMBRES - MUJERES		HOMBRES-MUJERES	
	SI LLEVAN METODOS	NO LLEVAN METODOS	SI LLEVAN METODOS	NO LLEVAN METODOS	SI LLEVAN METODOS	NO LLEVAN METODOS	NO LLEVAN METODOS	
Pastillas	78%	57 %	75.7%	41 %	75.7%	72%	41%	57.3%
Condón (Pre-- servativo.	24%	5.3%	72.6%	27 %	72.7%	24%	27%	5.3%
Inyecciones	40%	21 %	69.6%	41 %	69.6%	40%	41%	21 %
Esterilización	24%	21.3%	66.6%	15 %	66.6%	24%	15%	21.3%
Coito Interrum pido.	12%	21 %	66.6%	19 %	66.6%	12%	19%	21 %
Lavado Vaginal	16%	28 %	57.5%	28.3%	57.5%	16%	28.3%	28 %
Ritmo	16%	18.6%	45.4%	9 %	45.4%	16%	9 %	18.6%
Dispositivo	28%	16 %	36.6%	4 %	36.6%	28%	4 %	16 %
Diafragma	8%	8 %	21.2%	10 %	21.2%	8%	10 %	8 %
Continencia To tal.	4%	8 %	12.1%	4.4%	12.1%	4%	4.4%	8 %

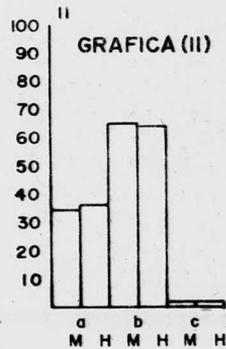
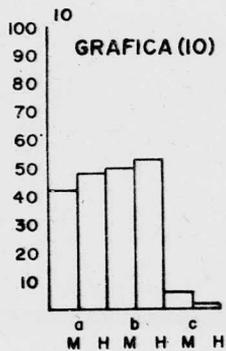
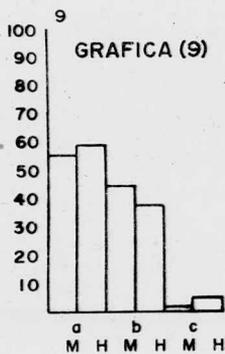
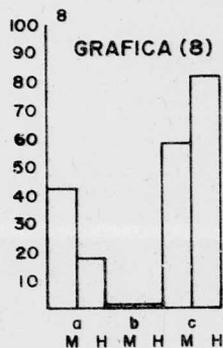
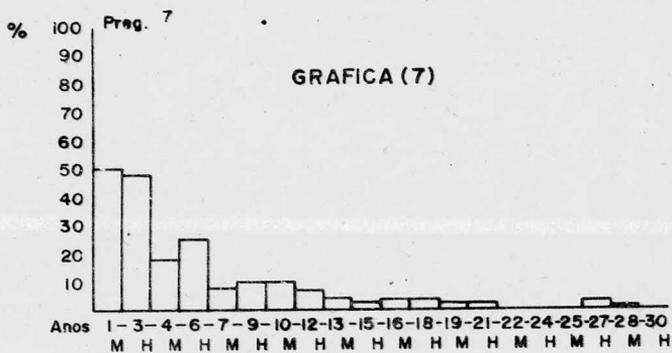
II RELACIONES INTERPERSONALES CONYUGALES



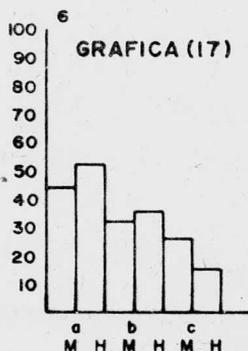
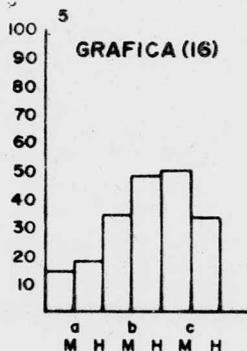
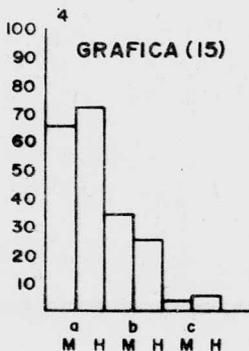
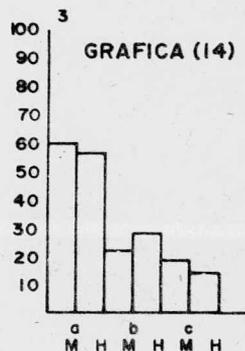
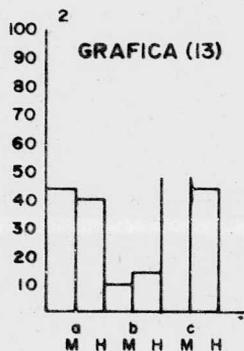
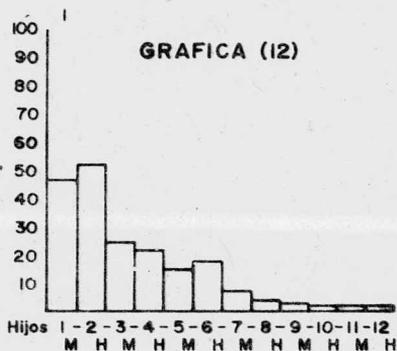
M = MUJERES
H = HOMBRES



FUENTE: Cuestionario

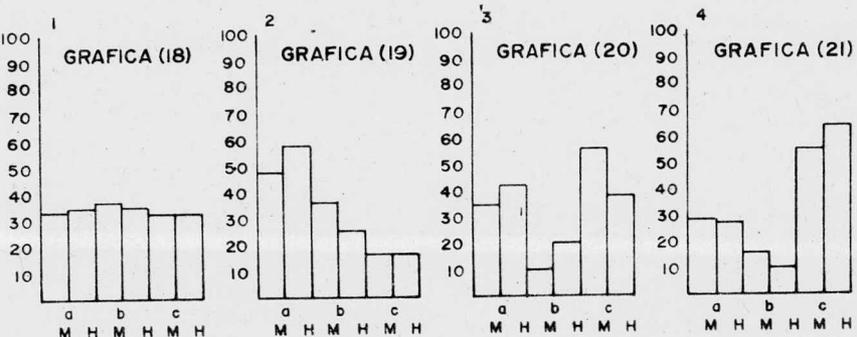


III OPINION ACERCA DE LA PLANIFICACION DE LOS HIJOS EN LA FAMILIA



FUENTE: Cuestionario

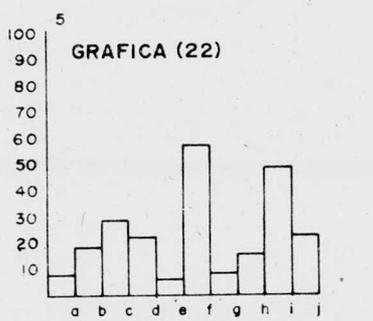
IV QUIEN CONOCE Y ACEPTA MAS EL USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS. EL HOMBRE O LA MUJER



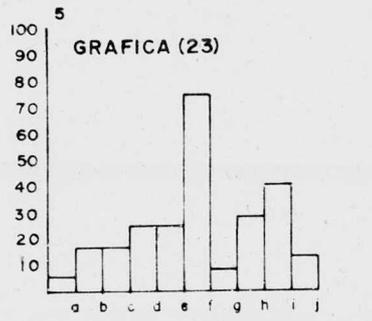
CUADRO 13

CUADRO 14

Mujeres que no usan metodo: (Porcentajes de c/u metodo que conocen)	Mujeres que usan metodos (Porcentajes de c/u metodos que conocen)
a) 8.0% g) 8.0%	a) 4.0% g) 8.0%
b) 18.6 h) 16.0	b) 16.0 h) 28.0
c) 28.0 i) 48.0	c) 16.0 i) 40.0
d) 21.3 j) 21.0	d) 24.0 j) 12.0
e) 5.3	e) 24.0
f) 57.3	f) 72.0



Porcentaje de mujeres que conocen c/u anticonceptivo (Nunca han usado alguno)



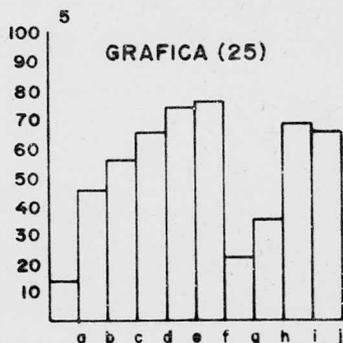
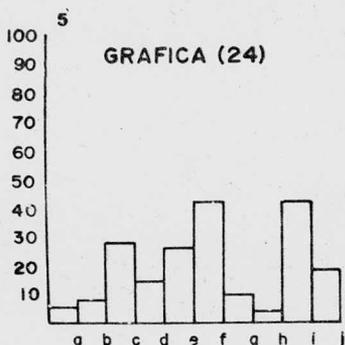
Porcentajes de mujeres que conocen c/u anticonceptivo (Y llevan alguno)

CUADRO 15

Hombres que no usan metodo anticonceptivo (Porcentaje de c/u metodo que conocen)			
a)	4.4%	g)	10.0%
b)	4.0	h)	4.0
c)	28.3	i)	41.0
d)	15.0	j)	19.0
e)	27.0		
f)	41.0		

CUADRO 16

Hombres que usan metodo anticonceptivo (Porcentajes de c/u metodos que conocen)			
a)	12.1%	g)	21.2%
b)	45.4	h)	36.3
c)	57.5	i)	69.6
d)	66.6	j)	16.6
e)	72.7		
f)	75.7		



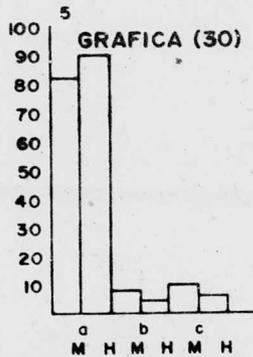
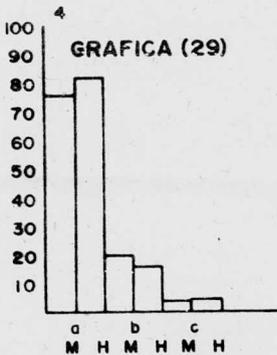
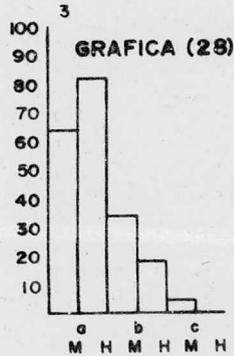
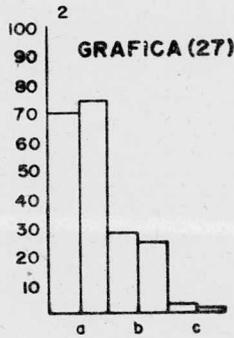
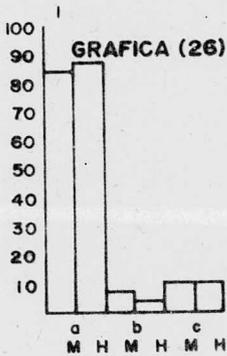
CUADRO 17

Mujeres que llevan metodos anticonceptivos	
PASTILLAS	15 %
D.I.V.	5
INYECCIONES	5
TOTAL	25
Nunca han usado metodo	75%
Total.	100 %

CUADRO 18

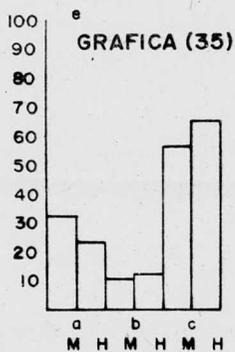
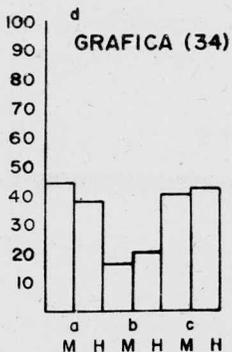
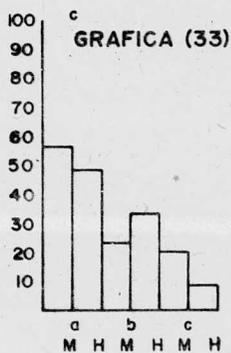
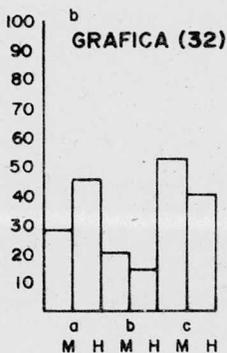
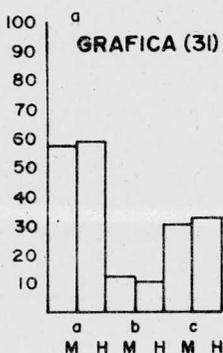
Hombres que llevan metodos anticonceptivos	
Pastillas	11 %
Ritmo	5
D.I.V.	4
Lavado Vag.	4
Preservativo	4
Nunca han usado metodo	67%
Total.	100 %

V OPINION ACERCA DEL PROGRAMA DE P.F. DEL CENTRO DE SALUD



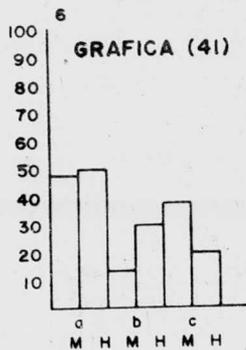
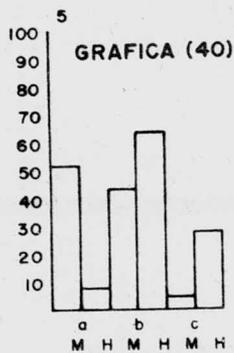
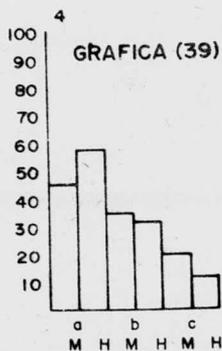
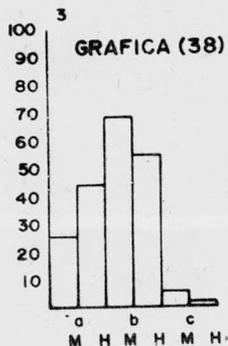
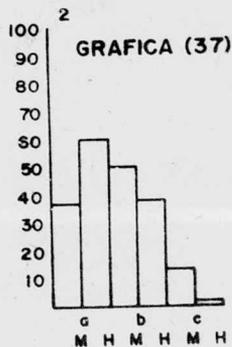
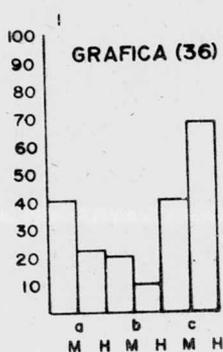
FUENTE: Cuestionario

VI OPINION ACERCA DEL ABORTO

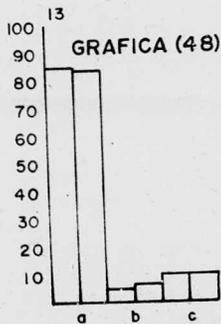
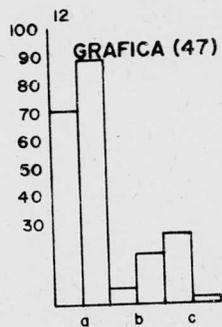
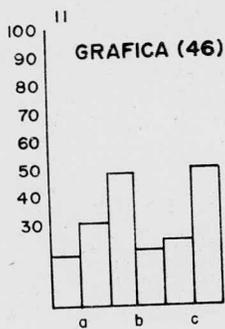
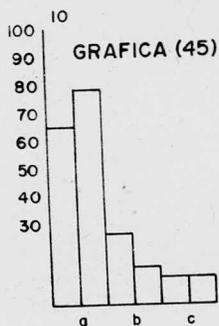
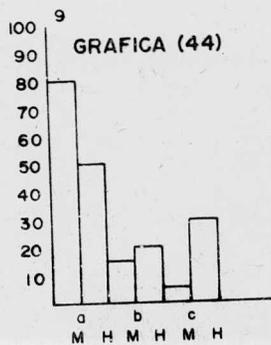
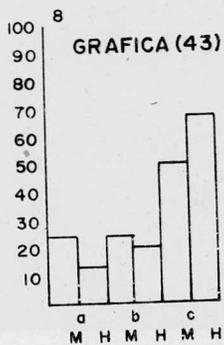
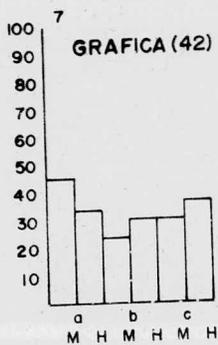


FUENTE: Cuestionario

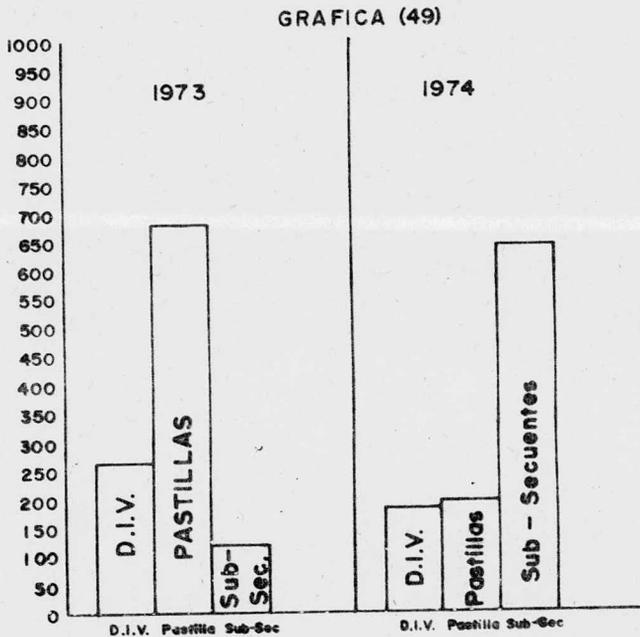
VII ACTITUD DE LOS ENTREVISTADOS HACIA LAS RELACIONES SEXUALES CON SU PAREJA



FUENTE: Cuestionario



Grafica comparativa de aceptantes de los metodos anticonceptivos (Pastillas D.I.V.) 1973-1974 centro de salud "Dr. Galo Soberon y Parra"



Casos D.I.V.	= 252	Casos D.I.V.	= 172
Casos Pastillas	= 683	Casos Pastillas	= 199
Casos Sub-Secuentes	= 137	Casos Sub-Secuentes	= 645

Nº de Platicas	= 110	Nº de Platicas	= 171
Nº de Asistencias	= 4246	Nº de Asistencias	= 8969

FUENTE: Centro de salud S.S.A.

ANALISIS E INTERPRETACION

En este estudio no se pretende universalizar las características encontradas en la muestra, como tampoco afirmar que dichos rasgos son comunes en toda la zona de Aztecapozalco; sino que nos limitaremos solamente al pequeño grupo estudiado.

Se tomarán en cuenta para el análisis únicamente los datos más sobresalientes, comparándolos; pero tanto los datos más sobresalientes como los de menos relevancia han sido expuestos en cuadros y gráficas con el fin de lograr una mejor precisión de los resultados.

A continuación expondremos los datos agrupados y daremos una interpretación siguiéndole el orden en que quedaron clasificadas las áreas en el cuestionario, tomándo en cuenta el grupo total para el área uno y el grupo de hombres y mujeres para las seis áreas restantes.

I.- NIVEL SOCIOECONOMICO Y CULTURAL:

De acuerdo con los resultados obtenidos en los cuadros 1, 2, 3 y 4: se observa que el 82%

reportan recibir un sueldo entre 600 y 1,300 pesos mensuales, laborando como obreros y empleados de las tiendas comerciales. Un 18% dice ganar entre los 1,400 y 2,300 pesos, realizando otro tipo de labores como: comerciantes en pequeño o técnicos medios. Para aumentar el ingreso familiar, el 35% dice recibir ayuda de sus esposas en casas particulares como servidumbre; el porcentaje restante permanece en sus hogares realizando el quehacer y cuidando a sus hijos.

En lo que respecta al nivel de escolaridad, el 78% de la muestra estudió la primaria, -- otro pequeño grupo llegó a secundaria, estudios comerciales y técnicos medios, y solamente el -- 4.5% inició los primeros años de primaria o nunca asistió a ella.

De lo anterior podemos decir que la realidad con respecto a esto, puede ser que todavía gran parte de las familias viven en condiciones de grandes carencias y pobreza, manteniendo formas tradicionales de vida familiar conformista. Esto nos da una idea de las limitaciones en las que viven, sin ser capaces de autorealizarse, observando que tanto padres como hijos sufren pasivamen--

te, adoptando un estado de incapacidad real de su peración.

II.- RELACIONES INTERPERSONALES CONYUGALES:

Tomando como base las interrelaciones -- conyugales entre la pareja, (ver cuadro 11) en -- los dos grupos de estudio se observa que la gran mayoría son jóvenes en vida conyugal, ya que más del 68% en mujeres y el 73% en hombres tienen fnicamente entre uno y seis años de casados, el 50% de cada dato, sólo tiene de uno a tres años de casados. En el resto del porcentaje, el número de -- años de casados es variable. (Ver gráfica 7)

En relación a como perciben su vida de -- casados, el 53% de las mujeres dicen tener vida-- de satisfacciones y también el 49% de los hom---- bres. En cambio el 15% en las mujeres y el 37% de los hombres dice tener una vida de trabajo y rutina y el 32% en mujeres y el 14% en los hombres dice tener vida de insatisfacciones. (La diferencia entre los porcentajes al nivel de significancia -- de .01), (Ver gráfica 6)

En ¿Cómo considera que les va en su ma--

rimonio?, el 54% en mujeres y el 63% en hombres dice que bien, el 45% en ellas y 33% en ellos dicen que regular. (Diferencia entre el por ciento al nivel de significancia de .01), (Ver gráfica - 5)

En cuanto al nivel de comunicación y de acuerdos recíprocos en lo que respecta a las decisiones, resuelven los problemas juntos el 80% en ambos, en la toma de decisiones y acuerdos juntos, en el hombre permanece con el dato anterior, en cambio en la mujer hay discrepancias en relación con el dato mencionado. (Con un nivel de significancia de .01), (Ver gráfica 1 y 2)

En la frecuencia con que platican sus intimidades, sólo un 50% de ambos lo hacen. En lo que respecta al impedimento para que platiquen, el 64% de las mujeres dicen que es el quehacer de la casa y la atención de los hijos, y el 60% de los hombres opinan que es el trabajo. (Nivel de significancia de .01), (Ver gráficas 3 y 4)

Referente a quién manda en la familia, el 58% en ellas y el 81% en los hombres opinan -- que son ambos; el 42% en mujeres y el 19% en hom-

tres opinan que sea el hombre el que mande. En -- cambio, un dato significativo, es que en ambos -- sexos hay cero de porcentaje, en que mande la mujer. (Al nivel de significancia de .01), (Ver gráfica 8)

Podemos deducir que ambos a pesar que -- tienen todavía pocos años de vida conyugal, muestran tendencias de conducta pasivas tradicionalistas. La comunicación íntima, refleja bajos promedios, principalmente en las mujeres. No considerando la comunicación indispensable como núcleo-- de integración, probablemente esto se deba a que pocas veces toman las decisiones juntos en sus deseos e impulsos íntimos, como medio de complacencia para ambos.

Además se observan las actitudes tradi-- cionalistas en las mujeres de que sea el hombre -- el que mande, por lo tanto este punto nos sirve -- como clave para darnos cuenta de la pasividad y -- dependencia con la que actúa la mujer en el núcleo familiar, en otro aspecto, podemos ver que la mujer no tiene decisiones propias ni con ella misma, -pasa a ser propiedad del hombre- por lo tanto, todavía será muy difícil que acepte un cambio

de actitudes para la llamada "liberación de la mujer", esta imágen nos muestra que mientras la mujer no logre sacudir esa pasividad, sumisión y entrega, factores con los que se identifica para ser aceptada socialmente por el hombre a quien va a servir toda la vida, no podrá ser productiva e independiente.

III.- OPINION ACERCA DE LA PLANEACION DE LOS HIJOS EN LA FAMILIA:

En primer término, expondremos los resultados del número de hijos que tienen los sujetos actualmente; para comparar posteriormente con el ideal de hijos que hubieran deseado tener y que por no haberlos planeados, fueron procreados al azar.

En el cuadro 12 podemos observar que el 47% en las mujeres y el 51% en ellos, tienen entre uno y dos hijos, el 23% en ambos entre tres y cuatro hijos, el 18% en hombres entre cinco y seis hijos y el 16% en ellas, el porcentaje restante varía en ambos entre siete y doce hijos.

Tomando en cuenta el número de hijos y el tiempo de casados de cada grupo de sujetos, pode-

mos decir que son hijos procreados cada año, ya que como se dijo anteriormente el porcentaje de años de casados es un promedio de uno a seis - - años que representa el 60% que viene a ser igual al promedio de los hijos. (Ver cuadro 11)

En la pregunta referente a si habían -- pensado en el número de hijos que deseaban tener, el 42% de las mujeres opinan que siempre y el otro 48% que nunca, en los hombres el 40% que siempre y el 45% que nunca, por lo tanto podemos deducir que gran porcentaje nunca ha planeado el número de hijos que deseaban tener. (Ver gráfica 13)

En referencia al concepto que tienen sobre el número de hijos que integran una familia numerosa, el 60% en ellas y el 57% en ellos, opinan que de tres a cinco hijos. Analizando este criterio, y aunque cinco hijos si son muchos para el modo de vida y condiciones en las cuales viven, estos no se percatan de la verdadera gravedad de su problema y por lo mismo no han podido cambiar su concepto de la familia numerosa. - En cuanto al concepto que tienen de una familia pequeña, el 64% en las mujeres y el 71% en ellos

opinan que de uno a dos niños. (Gráficas 14 y 15)

En opinión a la diferencia ideal de edad entre un hijo y otro, el 50% en ellas dice que tres años, y el 48% en los hombres que dos años. Al observar esta diferencia de criterios del número de hijos que tienen y el esparcimiento en años que pretenden entre un hijo y otro, nos damos cuenta que no hay una planeación familiar adecuada. (Diferencias a nivel de significancia de .01), (Gráfica 16)

Aunque la mayoría no había pensado o planeado el número de hijos que deseaban tener, el 44% de las mujeres opina que es el número de hijos que desearon y el 52% en ellos. Un 31% en las mujeres y un 34% en ellos dijeron que es menor el número de hijos que tienen que el que desearon y el resto dice que es superior. (Nivel de significancia de .01), (Gráficas 17 y 18)

IV.- ¿QUIEN ACEPTA MAS EL USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS, EL HOMBRE O LA MUJER? :

Se hará una comparación entre ambos grupos, observando quien tiene mayor información y aceptación de los métodos en términos de porcenta-

je.

En lo que respecta a que si están de --- acuerdo en limitar el número de embarazos, el --- 33% en mujeres y el 34% en hombres, opinan que -- siempre el 35% en ambos reportan que a veces y un 31% que nunca. (Gráfica 19)

En cuanto a si conocen algún método para limitar los embarazos, el 55% de las mujeres y el 39% en los hombres, reportan no conocer ninguno.- (Al nivel de significancia de .05), (Gráfica 20)

En referencia a si conocen o si han oído hablar de los métodos anticonceptivos, podemos -- clasificar los porcentajes en cuatro cuadros, de la manera siguiente:

- 1.- Mujeres que han llevado algún método anticonceptivo, con mujeres que no han llevado ninguno. (Cuadro 19)
- 2.- Hombres que si han llevado algún método con hombres que no han llevado. (Cuadro-20)
- 3.- Hombres y mujeres que si han llevado al--gún método. (Cuadro 21)

4.- Hombres y mujeres que no han llevado ningún método. (Cuadro 22)

En cuanto si han hecho algo para limitar los embarazos durante su matrimonio, el 56% en -- las mujeres y el 62% en los hombres opinan que -- nunca han hecho nada, sólo el 28% en ambos opinan que siempre han hecho algo y el resto que a veces lo hacen. (Gráfica 21)

Partiéndolo de los datos anteriores bastante significativos, los cuales sirven como base en las consecuencias que ocasiona el nivel tan bajo de aceptación de los métodos.

Observaremos que en un grupo de 100 mujeres, sólo el 25% de ellas llevan algún método, -- del cual el 15% son pastillas, el 5% dispositivos y el otro 5% son inyecciones, el resto del -- porcentaje no llevan ningún método. En el grupo de 100 hombres sólo el 33% de ellos llevan algún método, (lo lleva él o ella) siendo el 11% pastillas, el 5% ritmo, el 4% dispositivos, el 4% condón, el 4% coito interrumpido, el 4% lavado vaginal y sólo 1% diafragma, el resto del porcentaje no lleva ningún método. (Cuadros 15 y 16)

En las opiniones de ¿Cuál es el momento más oportuno para limitar el número de nacimientos?, el 48% de las mujeres y el 58% de los hombres reportan que cuando la pareja ya tiene los hijos que desea, el 36% en ellas y el 26% en los hombres opinan que desde que se casan, y el 16% en ambos reportan que nunca. (Ver gráfica 19)

Tomando en cuenta los resultados de los cuadros antes mencionados, podemos decir que:

Analizando los datos del primero y segundo cuadro, vemos que los hombres y las mujeres que han llevado algún método anticonceptivo tienen mayor información acerca de ellos que los grupos que no han adoptado ningún método.

En el cuadro donde comparamos hombres y mujeres que si llevan algún método, vemos que -- los hombres tienen más alto porcentaje de información que las mujeres.

En el cuadro de hombres y mujeres que no han llevado ningún método observamos que las mujeres tienen mayor información que los hombres.

Podemos concluir que los grupos que no han adoptado ningún método anticonceptivo, se debe a que carecen de suficiente información al respecto.

V.- OPINION DE LOS ENTREVISTADOS ACERCA DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL-CENTRO DE SALUD:

En referencia a si le son de utilidad - los métodos que facilitan los centros de salud,- el 84% de ambos grupos, opinan que si lo son. En lo que respecta a si se les da la debida orientación para el Programa de Planificación, más del 70% en ambos grupos opinaron que bien, el 26% -- también en ambos dijeron que regular. En cuanto a la importancia de llevar a cabo la Planificación Familiar, el 81% en los hombres y el 62% en las mujeres opinaron que están de acuerdo en la importancia que tiene llevar a cabo la planificación de la familia. (Esto último al nivel de significancia de .01), (Gráficas 26, 27 y 28)

En la motivación que tuvo el cuestionario para reflexionar algunos de los problemas de su vida familiar, el 81% en hombres y el 77% en las mujeres dijeron que mucha. (Gráfica 29)

En la protección que da el gobierno a las familias, el 90% en hombres y el 81% en ellas dijeron que siempre la da. (Gráfica 30)

Observamos que los entrevistados tienen un concepto positivo en cuanto al programa de Planificación Familiar. Pero también es baja la aceptación de los métodos anticonceptivos, y sin ellos es difícil llevar a cabo dicho programa. Probablemente se necesite tiempo para lograr un cambio de actitudes en referencia a ellos.

VI.- OPINION DE LOS ENTREVISTADOS ACERCA DEL ABORTO:

En este grupo se presentaron algunos casos en donde se puede aceptar el aborto, por necesidades apremiantes de salud de la madre o por escasos recursos económicos. Cuando está de por medio la vida de la madre, el 58% en ambos aceptan siempre el aborto. Cuando la mujer es violada y requiere del aborto, el 51% de las mujeres y el 40% en los hombres nunca lo aceptarían. Cuando la madre tiene alguna enfermedad y puede provocar deformidad o retraso mental en el hijo, el 57% en ellas y el 47% en los hombres dice que siempre. Cuando se sugiere el aborto por escasos

recursos económicos con los que cuentan para ali
mentar a los otros, el 44% en las mujeres y el--
38% en los hombres dicen que siempre lo acepta--
rían, en cambio el 40% en ellas y el 42% en - -
ellos se niegan a aceptarlo. En cuanto a la pare
ja que ya tiene lo hijos que desea y recurren al
aborto intencional por no desear más hijos de --
los que había planeado, el 58% en ellas y el 66%
en los hombres opinan que nunca lo harían. (Grá-
ficas 31, 32, 33, 34 y 35)

De lo anterior observamos que hay toda-
vía grandes tabues y prejuicios al aborto, ya --
que gran porcentaje de la muestra se niega a - -
aceptarlo aunque sea por necesidades de salud fi
sica o psíquica. Claro está que en esto influye-
mucho la religión y nuestro país es predominante
mente religioso. Aún cuando dicen no aceptar el-
aborto, específicamente podemos decir, que las -
estadísticas de las instituciones oficiales cal-
culan e informan que hay más de 500 mil abortos-
al año, no contando con aquellos que se realizan
sin complicaciones y se desconocen.

VII.- ACTITUD DE LOS ENTREVISTADOS HACIA LAS-
RELACIONES SEXUALES CON SU PAREJA:

Una de las cuestiones más importantes -

que se exploró en esta área son las relaciones sexuales, aunque es un tema difícil de tocar, -- puede ser que los datos no sean tan veraces como se espera, porque tal vez dieron datos ideales y no reales de sus relaciones. Pero podemos ver en los resultados como reflejan o proyectan estas relaciones y si están funcionando adecuadamente.

En referencia a la incapacidad de realizar el acto sexual, el 40% en las mujeres y el 21% en los hombres, opinan que siempre han sentido incapacidad, el 40% en ellas y el 69% en ellos dicen que nunca han sentido incapacidad -- (con la diferencia al nivel de significancia de .01); en esto se observa que es alto el porcentaje de las mujeres que informan ser frías. -- (Gráfica 36)

En cuanto a si quedan satisfechos en la relación sexual, el 30% de las mujeres dicen que siempre y el 60% de los hombres opinan lo mismo, (la diferencia al nivel de significancia de .01) (Gráfica 37)

En la pregunta referente a si sienten -

deseos de realizar el acto sexual cónyuge, el 65% de las mujeres y el 55% en los hombres opinan que poco. El 26% en ellas y el 44% en ellos dicen que mucho. (Los dos grupos al nivel de significancia de .01), (Gráfica 38)

Relacionando las preguntas anteriores con esta, en la cual si están de acuerdo en que las relaciones sexuales tienen como único fin la procreación de los hijos, y en la que responden el 80% de las mujeres y el 60% de los hombres que siempre tienen esa finalidad (discrepancias significativas entre los dos grupos al nivel de .01). Deducimos que la mujer refleja el concepto limitado de que las relaciones sexuales sólo sirven para procrear y solamente es "usada" por su cónyuge para satisfacción de él y no de ambos.

En el hombre vemos que tiene mayor aceptación en creer que las relaciones sexuales no sólo sirven para procrear hijos, tal vez se deba a que éstos tienen mayor información y que socialmente es aceptado que el hombre tenga relaciones sexuales premaritales y extramaritales; y la mujer en cambio vive llena de represiones,

siendo su formación exclusivamente para adquirir roles de madre y no de esposa. (Gráfica 44 y 45)

En cuanto a la frecuencia de sus relaciones sexuales, el 45% de las mujeres y el 58% de los hombres opinan que lo hacen dos veces por semana (significativo al nivel .05), volvemos a ver que el promedio en ellas es más bajo. Sólo el 35% en ellas y el 31% en ellos opinan que una vez a la semana es suficiente. (Gráfica 39)

Sobre quien toma la iniciativa para realizar el acto sexual, el 51% de las mujeres y el 19% en los hombres opinan que siempre esperan -- que su esposo tome la iniciativa y el 73% de los hombres y el 43% en ellas opinan que a veces dejan que la esposa tome la iniciativa, comprobamos una vez más la pasividad de la mujer y la autoridad del hombre en las relaciones sexuales -- (diferencia significativa al nivel de .01), (Gráfica 40)

En la pregunta ¿Se sentiría mejor, si fuera más apasionado su cónyuge? el 50% en ambos desearía que así fuera. En el temor de sentirse rechazado por su pareja el 46% de las mujeres y

el 33% de los hombres siempre sienten el temor - de ser rechazados, sólo el 30% de ellas y el 37% de ellos, nunca sienten ese temor. (Gráfica 41 y 42)

Al parecer, vemos que el problema de inseguridad que proyectan a su cónyuge se debe probablemente a la falta de comunicación entre am--bos y a la insatisfacción que pueden experimen--tar, derivados de la frigidez o la impotencia; - además de la gran necesidad de orientación sexual que tienen.

En cuanto al concepto que tienen de las relaciones sexuales, de que son inmorales y su--cias, el 50% en ellas y el 68% en ellos opinan - que no lo son. (Gráfica 43)

En el temor de adquirir alguna enferme--dad venérea, el 48% de las mujeres y el 20% de - los hombres, dicen sentir muy poco temor. (Ver - gráfica 46)

En cuanto a la pregunta ¿Cómo responden al saber que su cónyuge ha tenido relaciones - - sexuales con otra persona? el 70% en las mujeres y el 89% en los hombres opinan que siempre recha

zarían a su cónyuge, en cambio un 25% de las mujeres y el 2% de los hombres aún a sabiendas de las relaciones extramaritales de su pareja, no la rechazaría. (Diferencias significativas al nivel de .01), (Gráfica 47)

En la sugerencia de si les gustaría que se les diera orientación sexual, el 83% en ambos opinaron que aceptarían esa orientación. (Gráfica 48)

De lo anteriormente expuesto y analizando detenidamente los resultados obtenidos, nos damos cuenta de la necesidad de una educación sexual y planificación familiar adecuada ya que con ello se lograría, orientar debidamente a los padres y a las futuras generaciones para hacerlos conscientes de la paternidad responsable, tan necesaria para la integración familiar.

C O N C L U S I O N E S

Considerando los resultados del grupo estudiado y contestando las interrogantes que nos planteamos al principio analizaremos los datos -- que creemos importantes:

1.- Los hombres poseen mayor información y presentan una mayor aceptación de los métodos anticonceptivos, sin embargo, la aplicación de los métodos se circunscriben a la mujer en la mayoría, ya que existe una gran variedad de técnicas para ser utilizadas por ella.

Entre los métodos más difundidos entre los hombres se encuentran las píldoras, el condón, las inyecciones y la esterilización en la mujer. En las mujeres las píldoras, las inyecciones, el dispositivo y la esterilización en ellas.

2.- La opinión de los entrevistados es positiva, en referencia a la importancia y a los servicios de Planificación Familiar que prestan los Centros de Salud. No obstante, aún es bajo el número de aceptantes, de algún método anticonceptivo, en relación al número de personas motivadas.

Para poder responder más ampliamente a esta interrogante se realizó una evaluación a este servicio a través de un año de trabajo. Y encontramos una evolución ascendente del programa de Planificación Familiar en su inicio de 1973 y un descenso posteriormente en dicho Centro de Salud, como puede observarse en la gráfica 49 donde podemos ver que es baja la relación entre el número de personas que son motivadas y el número de mujeres que acepta algún método anticonceptivo, ya sea el dispositivo intrauterino o las pastillas, que son las técnicas que la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública proporciona gratuitamente.

Pudiendo esto deberse a la idiosincrasia del mexicano que no pondera la problemática de la situación demográfica actual y sus consecuencias. Aunándose esto a las posibles deficiencias en la técnica para motivar a las personas, ya que no se maneja la dinámica de grupo en los sectores, con el fin de explorar cuales son los prejuicios, tabues y actitudes en lo que respecta al programa de Planificación Familiar. Tampoco se ha dado la suficiente información, en for-

ma precisa y clara, al pueblo para hacerlo consciente del problema.

Otro problema más específico del Centro de Salud al que nos referimos, es que el servicio de Planificación Familiar es deficiente; ya que una vez motivada la paciente, los médicos no le dan tratamiento, sino le dan citas muy distanciadas o se le dice que vaya hasta que esté menstruando, dejándola un mes con la probabilidad de embarazarse. Además existe, prejuicios por parte de los médicos que laboran en dicho Centro que provocan rechaza parcial o total al programa de Planificación Familiar.

3.- Aunque se observa un incremento en la aceptación de los métodos anticonceptivos, no se han logrado las metas propuestas, pues el número de personas que reciben atención es mínima (10%) en relación con el número de personas que asisten a las pláticas motivadoras.

4.- Con relación al aborto, tanto la población masculina como la femenina reflejan grandes tabues y prejuicios negándose a aceptarlo, en cuanto al cuestionario, ni aún en los casos de ne

cesidades de salud física y psíquica de la mujer.

5.- Con respecto a las relaciones sexuales, existe una alta proporción de mujeres que reflejan problemas de frigidez, utilizándola únicamente la relación sexual como medio para llegar a la maternidad; sintiéndose menos valuadas sino se encuentra constantemente en embarazadas. No percibe la relación sexual como una satisfacción personal o como medio de comunicación emocional con su cónyuge, sino como un "mal necesario". Por otro lado, el hombre la percibe solamente como madre, incrementándole ese rol, sintiéndola más segura cuando se encuentra embarazada; proyectando en esa forma la inseguridad y desconfianza que siente de su capacidad sexual.

El refleja mayor satisfacción en sus relaciones sexuales y una actitud diferente en cuanto a lo que el acto sexual representa, según su concepción no sólo sirve para procrear, percibiéndolo de una manera más positiva debido a que posee mayor información ya que socialmente es aceptado que tenga relaciones sexuales premaritales y extramaritales, por lo que adquieren una sobrea-

loración de sus características masculinas. Al analizar lo anterior, vemos que los problemas se proyectan de diversas formas que pueden ser la inseguridad con su cónyuge, (celos y machismo) que tal vez se deba a la falta de comunicación entre ambos o a la insatisfacción sexual que pueden experimentar derivada de la frigidez o impotencia y de la necesidad de orientación sexual.

La dinámica de esta relación viene a -- provocar grandes consecuencias reflejadas en la familia como son la carencia de padre, la intensa relación madre e hijo en la infancia, y el -- desplazamiento de los hijos por el hermano que va a nacer.

Todo esto nos lleva a enfatizar la necesidad de una educación sexual y una Planificación Familiar efectivas, donde se daría a conocer a los padres las responsabilidades de sus roles y la realidad de las relaciones sexuales desprovistas de prejuicios. Así las futuras generaciones tendrían una idea apropiada del sexo desde la infancia, lo cual permitiría una integración familiar y una paternidad responsable.

6.- La Planificación Familiar es positiva -- desde cualquier punto de vista, pues su objetivo principal es el bienestar familiar, evitándose -- así los problemas y conflictos relacionados con -- embarazos seguidos e hijos indeseados.

SUGERENCIAS

Tomando en cuenta, el aspecto religioso de nuestro país que es predominantemente católico, y considerando la actitud en contra de los métodos anticonceptivos, expresada en la Enciclica Humane Vitae (que considera a todos los métodos anticonceptivos como antinaturales a excepción del método del ritmo), tenemos que la influencia religiosa sobre la conducta en relación a la aceptación de los anticonceptivos, para la Planificación Familiar, es un factor importante, pero no determinante ya que la sociedad se encuentra en una etapa de cambio pues: "Las relaciones entre hombre y mujer en general, y los valores sexuales en particular, se hallan en una fase de transición, como parte de una transformación social mucho más amplia, en la que se están desarrollando nuevas formas, de relación interhumanas. En esta situación se arrojan por la borda en medida creciente las normas sexuales tradicionales, sobre todo por la parte de la gran juventud, que desea ajustar su conducta a normas morales de índole preferentemente cualitativas, en virtud de lo cual sus relaciones sexuales cobran un nuevo significa

do, pero por otra parte, no deja de advertirse -- que sigue existiendo en la sociedad oficial un-- claro resurgir de la antigua mentalidad poblada de tabues. El choque de estos dos sistemas es -- inevitable. En lo sucesivo cada ser humano a -- quien le ha tocado vivir en este mundo abierto, -- tendrá que elegir por si mismo entre las posibilidades que se le ofrecen". (1)

Si se diera una adecuada orientación para la vida familiar y educación sexual a los padres y nuevas generaciones, la influencia de este factor limitante se irá reduciendo paulatinamente, ya que un mayor conocimiento de la vida conyugal y familiar hacia una Paternidad Responsable, conducirá a una disminución de los prejuicios y tabues existentes propiciados por la religión.

Actualmente "cuando se habla de la separación de las creencias y la vida, se hace referencia al distanciamiento de la moral católica-- de la vida de un buen número de católicos. Todo lo anterior permite pensar que los elementos distanciados son, por una parte la doctrina tradicional católica, sobre aspectos tan vitales como

el sexo y las nuevas estructuras sociales que buscan un camino de liberación y de expresión humana, más desarrollada. Por lo que se puede ver nuestra población mexicana vive ya un dilema de sexualidad". (2)

De los resultados de nuestra investigación, podemos decir que para que exista una aceptación de la Planificación Familiar como medio para reducir la tasa elevada de aumento de la población, se sugiere la necesidad de lograr un cambio de actitudes para conseguir que sea aceptada abiertamente, por lo que debe realizarse mayor investigación de campo, y una motivación adecuada, a gran escala, en los diversos sectores de la población. Se deberán realizar ciclos de conferencias cortas, con material audiovisual y técnicas de discusión dirigida, explorando los intereses del grupo tratando los temas de la economía del hogar, la educación sexual a los padres para lograr una adecuada Planificación Familiar y a los hijos para hacerlos conscientes de la problemática sexual y que las futuras generaciones puedan planear su familia de acuerdo a su realidad social y económica.

Oscar Maldonado, "Los Católicos y la Planificación Familiar", Instituto Mexicano de Estudios Sociales. A.C. 1969. Pag. 109 y 110.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Anna Anastasi. Tests Psicológicos. Ed. Aguilar - Madrid 1967.
- 2.- Benitez Zenteno Raúl. "Cambios Demográficos y la Población en México", Reproducido de la Revista Mexicana de Sociología México, D.F. 1969, Vol. - XXX, No. 3
- 3.- Bostrom Victor. Publicaciones Oficial del Comité del Fondo, Informe del Fondo, para la Federación Internacional de Planificación Familiar. 1969.
- 4.- Brown y Hutchings, "Cupo Limitado", (Cambios tecnológicos y crecimiento de la población), Edit.- Pax-México, México 1973.
- 5.- Roger Brown. "Psicología Social". Edit. Siglo -- XXI. 1972.
- 6.- Cesarman Fernando, "La Destrucción del Medio Ambiente", (Estudio Psicoanalítico de la Destrucción del Medio Ambiente), México 1972, Cuadernos de Joaquin Mortiz.
- 7.- Fragoso Lizalde David, "Paternidad Responsable y Planificación Familiar", Una tesis de proyección

- Social, Dirección General de Atención médica Ma
terno-Infantil de la S.S.A., México 1973.
- 8.- H.M. Johnson y otros, "Sociología y Psicología-
Social de la Familia", Edit. Paidós, Buenos Ai-
res 1972.
 - 9.- Ernest Haveman y los redactores del Life. "Con-
trol de la Natalidad", (Informe Internacional),
Life 1967.
 - 10.- John Peel, Malcolm Potts, "Técnicas de Control-
de la Natalidad", Edit. Diana, México 1972.
 - 11.- R.L. Kleinman, "Anticoncepción Intrauterina - -
1966", IPPF International Planned Parenthood --
Federation, Edit. por el Sub-comité de Disposi-
tivo Intrauterino del Comité de México de IPPF.
 - 12.- Otto Klinerberg, "Psicología Social", Edit. Fon-
do de Cultura Económica, 1969.
 - 13.- L. Urquidi Victor, "El Desarrollo Económico y--
crecimiento de la Población", FEPAC, México - -
1971.
 - 14.- Leslie McGary James, "Sexualidad Humana", Edit.
Manual Moderno S.A. 1967.

- 15.- Liendo Coll Pablo, "Contenido de un Programa de Planificación Familiar", edición 1974, Edit. -- Pax-México.
- 16.- Leñero Otero Luis, "Investigación de la Familia en México", (presentación y avance de resultados de una encuesta Nacional), Instituto Mexicano de Estudios Sociales A.C. 1971.
- 17.- F.J. MacGuigan, "Psicología Experimental", Edit. Trillas 1971.
- 18.- M. Blalock Hubert, Jr. "Estadística Social" - - Edit. Fondo de cultura Económica, ed. 1966.
- 19.- Oscar Maldonado, "Los Católicos y la Planificación Familiar", Instituto Mexicano de Estudios Sociales A.C. 1969.
- 20.- Pohlman Edward, "Psicología de la Planificación Familiar", Edit. Pax-México, México 1974.
- 21.- Octavio Paz, "Laberinto de la Soledad", Edit. - Fondo de Cultura Económica. México 1969.
- 22.- R.T. Ravenholt. James W. Brackett y John Chao,- "Programa de Planificación Familiar y Patrones de Fecundidad", Boletín 1969.

- 23.- R. Amran Abdel, "Beneficios para la Salud de -
la Planificación Familiar", Organización Pana-
mericana de Salud, O.M.S., Ginebra, Octubre de
1971.
- 24.- Santiago Ramírez, "El Mexicano, Psicología de-
sus Motivaciones" Edit. Pax-México, México - -
1966.
- 25.- Stenchver, "Como Orientar en Conducta Sexual",
Edit. Pax-México, México 1973.
- 26.- S. Carpio Frank, "El hombre Sexualmente Adecua-
do", Edit. Constancia S.A. 1966.
- 27.- S. Carpio Frank, "La Mujer Sexualmente Adecua-
da", Edit. Constancia S.A. 1966.
- 28.- Simone de Beauvoir. "El Segundo Sexo", Tomo --
II, Edit. Siglo XX Buenos Aires, 1970.
- 29.- William H. Master, Virginia F. Johnson, "Res--
puesta Sexual Humana". Edit. Buenos Aires Ar--
gentina, México 1967.
- 30.- W. Ackerman, "Diagnóstico y Tratamiento de las
Relaciones Familiares", Ed. 1961, Edit. Hormé.
- 31.- "Explosión Demográfica y Crisis Mundial", Fun-

- dación para Estudios de la Población A.C. - -
(FEPAC), Boletín 1970.
- 32.- "Demografía y Economía", Colegio de México, -
Vol. 1, No. 1 México 1967.
- 33.- "El Enfoque Multilateral", Revista Población,
Fondo de las Naciones Unidas para Actividades
de la Población, Nueva York 10017 E.U.A. 1971.
- 34.- "Evaluación Cualitativa y Cuantitativa de los
Programas Actuales", Fundación de Estudios -
para la Población (FEPAC) Boletín, México --
1973.
- 35.- "La Crisis Mundial Demográfica", Año de la Po-
blación 1974, Naciones Unidas, Informe No. 5-
Invierno de 1972.
- 36.- "Informe Médico", Boletín, serie J, No. 1, --
agosto de 1973.
- 37.- "International Planned Parenthood News", La -
IPPF y el año Mundial de la Población, Bole-
tín No. 237, N.U. 1974.
- 38.- "Horizontes U.S.A. 74/73". Revista Bimestral,
Ed. Us, Information Agency 1976, Pennsylvania,
Avenue N.W. Washington D.C. 20547, E.U.A.

- 39.- "Pueblos", La Conferencia de La IPPF, así como el año Mundial de la Población, 1973.
- 40.- "Paternidad Responsable y Educación Sexual", - Federación Internacional de Planificación de la Familia, 18-20, Londres S.W.L., Gran Bretaña, Edit. Abril 1970.
- 41.- "Planificación Familiar", Dirección General de Atención Materno-Infantil S.S.A., México 1973.
- 42.- "Programa Nacional de Planificación Familiar", Dirección General de Atención Materno-Infantil S.S.A., Boletín 1974.
- 43.- "Perfil Demográfico en México", Boletín FEPAC, México 1972.
- 44.- Quezada Castelló Ma. del Rosio, "El Aborto Inducido como medio de Controlar la Natalidad y su dimensión Social en México, Tesis Profesional, U.N.A.M., México 1972.
- 45.- K. Young, Robert, Donald J. Velman, "Introducción a la Estadística Aplicada a las Ciencias de la Conducta". Edit. Trillas México 1968.

A P E N D I C E I

SEXO _____

EDAD _____

INSTRUCCIONES: Marque con una cruz (X) la letra que --
crea conveniente según su criterio.

1.- ¿Qué trabajo desempeña su esposo?

- a) Obrero
- b) Empleado
- c) Comerciante
- d) Otros

2.- ¿Cuál es el ingreso mensual de su familia?

- a) Menos de 500
- b) De 500 a 800
- c) De 800 a 1,500
- d) De 1,500 a 2,300
- e) De 3,000 ó más

3.- ¿A que nivel de educación llegó usted?

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Carrera Comercial
- d) Carrera Técnica
- e) Nunca asistió a la escuela

4.- ¿Ayuda usted a su esposo contribuyendo con dinero para el gasto familiar?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

5.- ¿Cuándo tiene algún problema familiar tratan de resolverlo juntos?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

6.- ¿Quién toma las decisiones en su familia?

- a) Esposo
- b) Esposa
- c) Juntos

- 7.- La frecuencia con que platican sus intimidades -
entre ustedes es:
- a) Diario
 - b) Rara vez
 - c) Nunca
- 8.- ¿Cuáles son las mayores dificultades para que plati-
quen?
- a) El trabajo
 - b) La atención a los hijos
 - c) El quehacer de la casa
- 9.- ¿Cómo considera usted que le va en su matrimonio?
- a) Bien
 - b) Regular
 - c) Mal
- 10.- ¿Cuál expresión escogería para describir su vida -
de casada?
- a) Vida de sacrificios
 - b) Vida de trabajo
 - c) Vida de insatisfacciones
 - d) Vida de satisfacciones
 - e) Vida de rutina
- 11.- ¿Cuántos años lleva de casada actualmente?
- _____
- 12.- ¿Cuántos hijos tiene actualmente?
- _____
- 13.- Antes de casarse, ¿había pensado en el número de-
hijos que deseaba tener?
- a) Si
 - b) No
- 14.- ¿A partir de que número considera usted que una fa-
milia es numerosa?
- a) 3 a 5 hijos
 - b) 6 a 9 hijos
 - c) 10 ó más hijos
- 15.- ¿Hasta que número de hijos considera que es una fa-
milia pequeña?
- a) 1 a 2
 - b) 3 a 4
 - c) 5 a 6

- 16.- ¿Cuál es la diferencia de edad que considera -- ideal entre un hijo y otro?
- a) Un año
 - b) Dos años
 - c) Tres años
 - d) Cuatro años
- 17.- Considera usted que el número de hijos que tiene en los años de casada es:
- a) El número que quiso tener
 - b) Menor de los que quiso tener
 - c) Superior a los que quiso tener
- 18.- Muchas parejas hacen algo para limitar el número de embarazos, ¿está usted de acuerdo con ello?
- a) Siempre
 - b) En algunas ocasiones
 - c) Nunca
- 19.- ¿Cuál cree usted que sea el momento oportuno para limitar los nacimientos?
- a) Cuando la pareja ya tiene los hijos que desea
 - b) Desde que se casan
 - c) Nunca
- 20.- ¿Conoce algún método para limitar los nacimientos?
- a) Si
 - b) No
- 21.- ¿Ha hecho usted algo para limitar los embarazos durante el matrimonio?
- a) Si
 - b) No
- 22.- Le voy a presentar una lista de métodos anticonceptivos conocidos, ¿puede decirme si ha oído -- hablar de alguno?
- | | | |
|--|----|----|
| a) Continencia total | Si | No |
| b) Continencia periódica (ritmo) | Si | No |
| c) Lavado vaginal | Si | No |
| d) Esterilización (operación) | Si | No |
| e) Preservativos Masculinos (con dón). | Si | No |
| f) Píldora o pastillas orales | Si | No |
| g) Diafragma | Si | No |
| h) Dispositivo Intrauterino (DIU) | Si | No |
| i) Inyecciones | Si | No |
| j) Interrupción del acto sexual | Si | No |

23.- ¿Qué método anticonceptivo lleva actualmente de los mencionados en la pregunta anterior?

24.- Si en su matrimonio decidi6 no tener más hijos, ¿qué considera usted que sería lo mejor?

- a) Utilizar algún método eficaz para evitar el embarazo.
- b) Provocar el aborto
- c) Ninguno

25.- Le voy a presentar una serie de casos en los -- que muchas personas aceptan el aborto, ¿puede-- decirme si son para usted aceptables?

- a) Cuando al tener al niño peligr
la vida de la madre. Si No
- b) Cuando la mujer está embarazada
porque ha sido violada. Si No
- c) Cuando la madre ha tenido algu-
na enfermedad y puede provocar-
que el niño nazca deforme o con
retraso mental. Si No
- d) Cuando al tener otro hijo va a-
ser difícil o imposible alimen-
tar a los otros. Si No
- e) Cuando la pareja ya tiene todos
los hijos que deseaba tener y -
recurre al aborto intencional. Si No

26.- Le son de utilidad los métodos anticonceptivos-
del programa de Planificación Familiar que faci-
litan los Centros de Salud de la S.S.A.

- a) Si b) No

27.- ¿Cree que las Leyes del Gobierno Mexicano prote-
gen a la familia?

- a) Si b) No

28.- ¿Cree usted que el Centro de Salud al que asis-
te, le da la debida orientación para su Planifi-
cación Familiar?

- a) Bien
- b) Regular
- c) Mal

29.- ¿Podría decirme cómo define sus características-
personales y las de su esposo?

ELLA

	Mucho	Regular	Poco
a) Celoso	_____	_____	_____
b) Autoritario	_____	_____	_____
c) Agresivo	_____	_____	_____

EL

	Mucho	Regular	Poco
a) Celoso	_____	_____	_____
b) Autoritario	_____	_____	_____
c) Agresivo	_____	_____	_____

30.- Está de acuerdo que en la familia:

- a) Sea principalmente el hombre el que mande
- b) Sea principalmente la mujer la que mande
- c) Sean ambos los que manden

31.- ¿Cree conocer a su esposo emocionalmente?

- a) Muy bien
- b) Bien
- c) Regular
- d) Mal
- e) Muy mal

32.- ¿Cuándo sale de paseo, va toda la familia?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

33.- ¿Con que frecuencia sale con su esposo?

- a) Seguido
- b) A veces
- c) Nunca

34.- ¿Son afectos a las bebidas alcohólicas usted y su esposo?

- a) Con frecuencia
- b) A veces
- c) Nunca

35.- ¿Le ha llegado a pegar su esposo a usted y a sus hijos cuando se encuentra tomado?

- a) Con frecuencia
- b) A veces
- c) Nunca

- 36.- ¿Ha sentido incapacidad de realizar el acto sexual con su esposo (a)?
- a) Si
 - b) No
- 37.- ¿Queda satisfecho (a) con sus relaciones sexuales?
- a) Mucho
 - b) Poco
 - c) Nada
- 38.- ¿Siente deseos de realizar el acto sexual con su esposo (a)?
- a) Mucho
 - b) Poco
 - c) Nunca
- 39.- ¿Sus relaciones sexuales con su esposo (a) son frecuentes?
- a) Dos veces a la semana
 - b) Cada semana
 - c) Cada mes o periodos más largos
- 40.- ¿Espera a que su esposo (a) tome la iniciativa para realizar el acto sexual?
- a) Siempre
 - b) A veces
 - c) Nunca
- 41.- ¿Se sentiría usted mejor si su esposo fuera más apasionado?
- a) Si
 - b) No
- 42.- ¿Siente temor de ser rechazado (a) por su esposo (a)?
- a) Si
 - b) No
- 43.- ¿Cree usted que las relaciones sexuales son inmorales y sucias?
- a) Si
 - b) No
- 44.- ¿Está de acuerdo en que las relaciones sexuales tienen como único fin la procreación de los hijos?

- a) Si
 - b) No
- 45.- ¿Está de acuerdo en que las relaciones sexuales - además de la procreación de los hijos sea de satisfacción personal?
- a) Si
 - b) No
- 46.- ¿Siente temor de adquirir alguna enfermedad venérea?
- a) Mucho
 - b) Poco
 - c) Nunca
- 47.- ¿Rechazaría usted a su esposo (a) si supiera que ha tenido relaciones sexuales con otra persona?
- a) Siempre
 - b) A veces
 - c) Nunca
- 48.- ¿Le gustaría que le dieran orientación sexual?
- a) Si
 - b) No
- 49.- Según su opinión, ¿cree que es importante llevar a cabo la Planificación Familiar?
- a) Mucho
 - b) Poco
 - c) Nada
- 50.- ¿Le ha sido útil el cuestionario para reflexionar algunos problemas de su vida familiar?
- a) Mucho
 - b) Poco
 - c) Nada

A P E N D I C E II

CUESTIONARIO DE PLANIFICACION FAMILIAR

DATOS GENERALES: SEXO _____ EDAD _____

INSTRUCCIONES: Marque con una cruz (X) la letra que --
crea conveniente a cada pregunta según--
su criterio.

- 1.- ¿Qué trabajo desempeña su esposo?
 - a) Obrero
 - b) Empleado
 - c) Otros
- 2.- ¿Cuál es el ingreso mensual de su familia?
 - a) De 600 a 900
 - b) De 1,000 a 1,300
 - c) De 1,400 a 2,300
- 3.- ¿A qué nivel de educación llegó usted?
 - a) Nunca asistió a la escuela
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Técnico
 - e) Comercio
- 4.- ¿Ayuda su esposa a contribuir con el gasto familiar?
 - a) Si
 - b) No
 - c) A veces
- 5.- ¿Cuándo tienen algún problema familiar tratan de resolverlo juntos?
 - a) Siempre
 - b) A veces
 - c) Nunca
- 6.- ¿Quién toma las decisiones en su familia?
 - a) Esposo
 - b) Esposa
 - c) Juntos

- 7.- ¿Cuáles son sus mayores dificultades para que --
platicuen?
- a) El trabajo
 - b) El quehacer de la casa y los hijos
 - c) Ninguna
- 8.- ¿Cómo considera que le va en su matrimonio?
- a) Bien
 - b) Regular
 - c) Mal
- 9.- ¿Cuál expresión escogería para describir su vida-
de casada?
- a) Vida de satisfacciones
 - b) Vida de rutina y trabajo
 - c) Vida de insatisfacciones
- 10.- ¿Cuántos años lleva de casado (a) actualmente?
-
- 11.- ¿Cuántos hijos tiene actualmente?
-
- 12.- ¿Antes de casarse, había pensado en el número de-
hijos que deseaba tener?
- a) Si
 - b) En duda
 - c) No
- 13.- ¿A partir de que número considera que una familia
es numerosa?
- a) De 3 a 5
 - b) De 6 a 9
 - c) De 10 ó más
- 14.- ¿Hasta que número de hijos considera que una fami-
lia es pequeña?
- a) De 1 a 2
 - b) De 3 a 4
 - c) De 5 a 6
- 15.- ¿Cuál es la diferencia de edad que usted conside-
ra ideal entre un hijo y otro?
- a) 1 año
 - b) 2 años
 - c) 3 años

- 16.- Considera usted que el número de hijos que tiene en los años de casada (o) es:
- a) Es el número de hijos que quiso tener
 - b) Es menor al que quiso tener
 - c) Es superior al que quiso tener
- 17.- Muchas parejas hacen algo para limitar el número de embarazos, ¿está usted de acuerdo con -- ello?
- a) Si
 - b) En duda
 - c) No
- 18.- ¿Cuál cree usted que sea el momento más oportuno para limitar el número de nacimientos?
- a) Cuando la pareja ya tiene los hijos que desea.
 - b) Desde que se casan
 - c) Nunca
- 19.- ¿Conoce usted algún método para limitar el número de nacimientos?
- a) Si
 - b) En duda
 - c) No
- 20.- ¿Ha hecho usted algo para limitar los embarazos durante su matrimonio?
- a) Si
 - b) En duda
 - c) No
- 21.- Le voy a presentar una lista de métodos anticonceptivos conocidos, ¿puede usted decirme si ha oído hablar de alguno?
- | | | |
|------------------------------------|----|----|
| a) Continencia total | Si | No |
| b) Continencia periódica (ritmo) | Si | No |
| c) Lavado vaginal | Si | No |
| d) Esterilización (operación) | Si | No |
| e) Preservativo masculino (condón) | Si | No |
| f) Píldoras o pastillas orales | Si | No |
| g) Diafragma | Si | No |
| h) Dispositivo Intrauterino (DIU) | Si | No |
| i) Inyecciones | Si | No |
| j) Interrupción del acto sexual | Si | No |
- 22.- ¿Qué método anticonceptivo lleva actualmente de los mencionados en la pregunta anterior?
-

23.- Le voy a presentar una serie de casos en los - que muchas personas aceptan el aborto, ¿puede- decirme si son para usted aceptables?

a) Cuando al tener el niño peligra la vida de la madre.

a) Si b) En duda c) No

b) Cuando la mujer está embarazada porque ha - sido violada.

a) Si b) En duda c) No

c) Cuando la madre ha tenido alguna enfermedad y puede provocar que el niño nazca deforme- o con retraso mental.

a) Si b) En duda c) No

d) Cuando al tener al niño va a ser difícil o- imposible alimentar a los otros.

a) Si b) En duda c) No

e) Cuando la pareja ya tiene los hijos que de- sea y recurre al aborto intencional.

a) Si b) En duda c) No

24.- ¿Le son de utilidad los métodos anticonceptivos del programa de Planificación Familiar que fa- cilitan los Centros de Salud?

a) Mucho
b) Poco
c) Nada

25.- ¿Cree usted que al Centro de Salud al que asis- te le da la debida orientación para su Planifi- cación Familiar?

a) Bien
b) Regular
c) Mal

26.- ¿Cree usted que las Leyes del Gobierno Mexicano protege a la familia?

a) Si
b) En duda
c) No

27.- Está de acuerdo que en la familia:

- a) Sea principalmente el hombre el que mande
- b) Sea principalmente la mujer la que mande
- c) Sean ambos los que manden

28.- ¿Cree usted conocer a su esposo emocionalmente?

- a) Bien
- b) Regular
- c) Mal

29.- ¿Cuándo sale de paseo va toda la familia?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

30.- ¿Con qué frecuencia sale con su esposa (o)?

- a) Seguido
- b) A veces
- c) Nunca

31.- ¿Ha sentido incapacidad de realizar el acto sexual con su esposo (a)?

- a) Si
- b) A veces
- c) No

32.- ¿Queda satisfecho (a) con sus relaciones sexuales?

- a) Si
- b) A veces
- c) No

33.- ¿Siente deseos de realizar el acto sexual con su esposo (a)?

- a) Mucho
- b) Poco
- c) Nunca

34.- ¿Sus relaciones sexuales con su esposo (a) son frecuentes?

- a) Dos veces a la semana
- b) Cada semana
- c) Cada mes o períodos más largos

35.- ¿Espera a que su esposo (a) tome la iniciativa de realizar el acto sexual?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

36.- ¿Se sentiría usted mejor si su esposo (a) fuera más apasionado?

- a) Si
- b) A veces
- c) No

37.- ¿Siente temor de ser rechazada (o) por su esposo (a)?

- a) Si
- b) A veces
- c) No

38.- ¿Cree usted que las relaciones sexuales son inmorales y sucias?

- a) Si
- b) A veces
- c) No

39.- ¿Está de acuerdo que las relaciones sexuales -- tienen como único fin la procreación de los -- hijos?

- a) Si
- b) En duda
- c) No

40.- ¿Está de acuerdo en que las relaciones sexuales, además de la procreación de los hijos sean de satisfacción personal?

- a) Si
- b) En duda
- c) No

41.- ¿Siente temor de adquirir alguna enfermedad venérea?

- a) Mucho
- b) Poco
- c) Nunca

42.- ¿Rechazaría usted a su esposo (a) si supiera que ha tenido relaciones sexuales con otro?

- a) Si
- b) En duda
- c) No

43.- ¿Le gustaría que le dieran orientación sexual?

- a) Mucho
- b) Poco
- c) Nada

44.- Según su opinión, ¿cree usted que es importante llevar a cabo la Planificación Familiar?

- a) Mucho
- b) Poco
- c) Nada

45.- ¿Le ha sido útil el cuestionario para reflexionar algunos problemas de su vida familiar?

- a) Mucho
- b) Poco
- c) Nada

A P E N D I C E III

CUESTIONARIO DE PLANIFICACION FAMILIAR

DATOS GENERALES: SEXO _____ EDAD _____

INSTRUCCIONES: Marque con una cruz (X) la letra que -
crea conveniente a cada pregunta se---
gún su criterio.

I.- NIVEL SOCIO-ECONOMICO Y CULTURAL:

1.- ¿Qué trabajo desempeña su esposo?

- a) Obrero
- b) Empleado
- c) Otros

2.- ¿Cuál es el ingreso mensual en su familia?

- a) De 600 a 900
- b) De 1,000 a 1,300
- c) De 1,400 a 2,300

3.- ¿A qué nivel de educación llegó usted?

- a) Nunca asistió a la escuela
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Técnico
- e) Comercio

4.- ¿Ayuda su esposa a contribuir con el gasto fami- -
liar?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

II.- RELACIONES INTERPERSONALES CONYUGALES:

1.- ¿Cuándo tienen algún problema familiar tratan de -
resolverlo juntos?

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

- 2.- ¿Quién toma las decisiones en su familia?
- a) Esposo
 - b) Esposa
 - c) Juntos
- 3.- ¿Cuáles son sus mayores dificultades para que -
platicuen?
- a) El trabajo
 - b) El quehacer de la casa y los hijos
 - c) Ninguno
- 4.- ¿Cómo considera usted que le va en su matrimo--
nio?
- a) Bien
 - b) Regular
 - c) Mal
- 5.- ¿Cuál expresión escogería para describir su vi-
da de casada (o)?
- a) Vida de satisfacciones
 - b) Vida de rutina y trabajo
 - c) Vida de Insatisfacciones
- 6.- ¿Cuántos años lleva de casada (o) actualmente?
-
- 7.- Está usted de acuerdo que en la familia:
- a) Sea principalmente el hombre el que mande
 - b) Sea principalmente la mujer la que mande
 - c) Sean ambos los que manden
- 8.- ¿Cree usted conocer a su esposo emocionalmente?
- a) Bien
 - b) Regular
 - c) Mal
- 9.- ¿Cuándo sale de paseo va toda la familia?
- a) Siempre
 - b) A veces
 - c) Nunca
- 10.- ¿Con que frecuencia sale con su esposa (o)?
- a) Seguido
 - b) A veces
 - c) Nunca

III.- OPINION ACERCA DE LA PLANEACION DE LOS HIJOS EN
LA FAMILIA:

- 1.- ¿Cuántos hijos tiene actualmente?

- 2.- Antes de casarse ¿había pensado en el número - de hijos que deseaba tener?
 - a) Si
 - b) En duda
 - c) No
- 3.- ¿A partir de que número considera que una familia es numerosa?
 - a) De 3 a 5
 - b) De 6 a 9
 - c) De 10 ó más
- 4.- ¿Hasta que número de hijos considera usted que una familia es pequeña?
 - a) 1 a 2
 - b) 3 a 4
 - c) 5 a 6
- 5.- ¿Cuál es la diferencia de edad que usted considera ideal entre un hijo y otro?
 - a) 1 año
 - b) 2 años
 - c) 3 años
- 6.- ¿Considera usted que el número de hijos que tiene en los años de casada (o) es:
 - a) Es el número de hijos que quiso tener
 - b) Es menor al que quiso tener
 - c) Es superior al que quiso tener

IV.- QUIEN ACEPTA MAS EL USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS, EL HOMBRE O LA MUJER:

- 1.- Muchas parejas hacen algo para limitar el número de embarazos, ¿está usted de acuerdo con -- ello?
 - a) Si
 - b) En duda
 - c) No
- 2.- ¿Cuál cree usted que sea el momento más oportuno para limitar el número de nacimientos?

- a) Cuando la pareja ya tiene los hijos que desea.
b) Desde que se casan
c) Nunca
- 3.- ¿Conoce usted algún método para limitar el número de nacimientos?
- a) Si
b) En duda
c) No
- 4.- ¿Ha hecho algo para limitar los embarazos durante su matrimonio?
- a) Si
b) En duda
c) No
- 5.- Le voy a presentar una lista de métodos anti-conceptivos conocidos ¿puede usted decirme si ha oído hablar de alguno?
- | | | |
|--------------------------------------|----|----|
| a) Continencia total | Si | No |
| b) Continencia periódica (ritmo) | Si | No |
| c) Lavado vaginal | Si | No |
| d) Esterilización (operación) | Si | No |
| e) Preservativos masculinos (condón) | Si | No |
| f) Píldoras o pastillas orales | Si | No |
| g) Diafragma | Si | No |
| h) Dispositivo Intrauterino (DIU) | Si | No |
| i) Inyecciones | Si | No |
| j) Interrupción del acto sexual | Si | No |
- 6.- ¿Qué método anticonceptivo lleva actualmente de los mencionados en la pregunta anterior?
-

V.- OPINION DE LOS ENTREVISTADOS, ACERCA DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL CENTRO DE SALUD:

- 1.- ¿Le son de utilidad los métodos anticonceptivos del programa de Planificación Familiar que facilitan los Centros de Salud?
- a) Mucho
b) Poco
c) Nada
- 2.- ¿Cree usted que el Centro de Salud al que asiste le da la debida orientación para su planificación familiar?

- a) Bien
- b) Regular
- c) Mal

3.- ¿Según su opinión, cree usted que es importante llevar a cabo la Planificación Familiar?

- a) Mucho
- b) Poco
- c) Ninguno

4.- ¿Le ha sido útil el cuestionario para reflexionar algunos problemas de su vida familiar?

- a) Mucho
- b) Poco
- c) Nada

5.- ¿Cree usted que las Leyes del Gobierno Mexicano protege a la familia?

- a) Si
- b) En duda
- c) No

VI.- OPINION DE LOS ENTREVISTADOS ACERCA DEL ABORTO:

1.- Le voy a presentar una serie de casos en los que muchas personas aceptan el aborto, ¿puede decirme si son para usted aceptables?

a) Cuando al tener el niño peligrá la vida de la madre.

- a) Si
- b) En duda
- c) No

b) Cuando la madre está embarazada porque ha sido violada.

- a) Si
- b) En duda
- c) No

c) Cuando la madre ha tenido alguna enfermedad y puede provocar que el niño nazca deformado con retraso mental.

- a) Si
- b) En duda
- c) No

d) Cuando al tener al niño va a ser difícil o imposible alimentar a los otros.

- a) Si
- b) En duda
- c) No

e) Cuando la pareja ya tiene los hijos que -
desea y recurre al aborto intencional.

- a) Si b) En duda c) No

VII.- ACTITUD DE LOS ENTREVISTADOS HACIA LAS RELACIONES SEXUALES CON SU PAREJA:

1.- ¿Ha sentido incapacidad de realizar el acto sexual con su esposo (a)?

- a) Si
b) A veces
c) No

2.- ¿Queda satisfecho (a) con sus relaciones sexuales?

- a) Si
b) A veces
c) No

3.- ¿Siente deseos de realizar el acto sexual -- con su esposo (a)?

- a) Mucho
b) Poco
c) Nunca

4.- ¿Sus relaciones sexuales con su esposa (o) -- son frecuentes?

- a) Dos veces a la semana
b) Cada semana
c) Cada mes o periodos más largos

5.- ¿Espera a que su esposo (a) tome la iniciativa de realizar el acto sexual?

- a) Siempre
b) A veces
c) Nunca

6.- ¿Se sentiría usted mejor si su esposa (o) -- fuera más apasionado?

- a) Si
b) A veces
c) No

7.- ¿Siente temor de ser rechazada (o) por su esposo (a)?

- a) Si

- 8.- ¿Cree usted que las relaciones sexuales son -
inmorales y sucias?
- a) Si
 - b) A veces
 - c) No
- 9.- ¿Está de acuerdo en que las relaciones sexua-
les tienen como único fin la procreación de-
los hijos?
- a) Si
 - b) En duda
 - c) No
- 10.- ¿Está de acuerdo en que las relaciones sexua-
les, además de la procreación de los hijos -
sean de satisfacción personal?
- a) Si
 - b) En duda
 - c) No
- 11.- ¿Siente temor de adquirir alguna enfermedad -
venérea?
- a) Mucho
 - b) Poco
 - c) Nunca
- 12.- ¿Rechazaría usted a su esposo (a) si supiera-
que ha tenido relaciones sexuales con otro -
(a)?
- a) Si
 - b) En duda
 - c) No
- 13.- ¿Le gustaría que le dieran orientación sexual?
- a) Mucho
 - b) Poco
 - c) Nada