

XP/G84c 1978

75
1ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTUDIO CARACTEROLOGICO DE UN GRUPO DE
VASECTOMIZADOS AFILIADOS A UN PROGRAMA
DE PLANIFICACION FAMILIAR EN MEXICO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
CLOTILDE GUERRA BEJARANO
MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5858

1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

PROLOGO.	1
I. INTRODUCCION.	5
II. FUNDAMENTO TEORICO.	8
<i>Consideraciones Generales sobre la Explosión Demográfica.</i>	9
<i>Antecedentes Históricos de la Anticoncepción en el Mundo.</i>	20
<i>Antecedentes Históricos de la Planificación Familiar en el Mundo</i>	30
<i>Implementación de Programas de Planificación Familiar en:</i>	39
a) <i>El Mundo</i>	40
b) <i>América Latina</i>	45
c) <i>México</i>	49
<i>Métodos Anticonceptivos Disponibles en el Instituto Mexicano del Seguro Social</i>	64
<i>La Vasectomía</i>	68
<i>La Caracterología:</i>	74
a) <i>Conceptos Generales.</i>	75
b) <i>Antecedentes Históricos.</i>	83
c) <i>Sus tipos según Erich Fromm.</i>	91
III. HIPOTESIS	107

IV. METODOLOGIA.	109
a) Lugar de nuestra Investigación.	110
b) Universo de Trabajo	110
c) Muestra	111
d) Instrumento	111
e) Aplicación del cuestionario	113
f) Interpretación del cuestionario	115
V. RESULTADOS Y DISCUSION	116
a) Variables para calificar el carácter.	117
b) Manera de relacionarse.	117
c) Escala de narcisismo.	118
d) Escala de Biofilia-Necrofilia	118
e) Filiaciones parentales.	119
f) Productividad	119
g) Modo de asimilación	120
h) Discusión	121
VI. CONCLUSIONES	123
a) Conclusiones.	124
APENDICE.	126
BIBLIOGRAFIA.	161

P R O L O G O

P R O L O G O

Desde que germínó en mí mente la idea de estudiar Psicología, mi intención fue especializarme en el Área Clínica. Conforme fui iniciando y terminando semestres, me afirmé en ese propósito, finalizando la carrera precisamente en esa Área.

Por ser la explosión demográfica uno de los problemas más agudos que -- confronta nuestro país, al terminar mis estudios como Psicóloga Clínica quise elaborar mi Tesis realizando una investigación relacionada con el control de la natalidad, al través de un enfoque psicoanalítico, ya que por lo regular se le ha dado preferencia al sociológico, sobre todo en el aspecto económico.

Lo anterior me impulsó a efectuar un estudio caracterológico de un grupo de individuos que escogen un método definitivo, como lo es la vacectomía en este caso, para planificar su familia, adscritos a un determinado programa de los que se llevan al cabo en nuestro país, escogiendo el Programa de Planificación Familiar Voluntaria del Instituto Mexicano del Seguro Social, precisamente por su índole de voluntario, además, - por saber de antemano que contarla con las facilidades necesarias para efectuar la investigación, debido a ser una Institución interesada en la solución de los problemas actuales.

Al consultar la bibliografía sobre caracterología, me interesaron los - estudios de Erich Fromm sobre el tema, quien definió el carácter como: "la manera en que la energía humana es canalizada en los procesos de asi-

milación y socialización". Empecé entonces, a consultar específicamente la bibliografía de este autor y me encontré con la investigación que realizó, junto con Michael Maccoby en el año de 1958, en un poblado campesino del Estado de México, la cual expuso en su libro "Sociopsicoanálisis del Campesino Mexicano. Estudio de la economía y psicología de una comunidad rural".

En base a lo anterior, decidí realizar una investigación similar aplicada a los individuos que deciden planificar su familia por medio de un método definitivo, ya que el carácter personal es un obstáculo para que cualquier estímulo nuevo sea aceptado o no por los individuos, y la planificación familiar es un intento de nuestro gobierno para solucionar la explosión demográfica, intento que tiene poco tiempo en nuestro país, -- aun cuando en otros países se lleva al cabo desde hace años.

Esta investigación la realicé tomando como base que se requiere conocer el carácter individual y social de las personas antes de que sea implantado algún nuevo programa, ya que muchos intentos de persuadir, alentar u obligar a las personas a aceptar algo nuevo han fracasado, en parte, -- porque los planificadores no han entendido o respetado su carácter.

Espero que la presente investigación sirva como aportación, aunque sea en mínima parte, a la solución de la explosión demográfica en nuestro país.

La cooperación que obtuve, tanto de los funcionarios del Instituto Mexicano del Seguro Social, como de los sujetos entrevistados, fue muy posi-

tiva, por lo que quiero agradecer a ambas partes su interés y colaboración para la realización de esta investigación.

Asimismo, deseo agradecer a las personas que de alguna manera cooperaron en la terminación de mi Tesis, ya sea con consejos o asesoría técnica y estadística y, sobre todo, con su interés y comprensión, muy especialmente al Dr. Jullán MacGregor quien, con su gran conocimiento del tema, me orientó en la interpretación de los cuestionarios, y al Mtro. Jesús Morales Tapia, quien se sirvió dirigirme la investigación.

México, D. F., año de 1979.

Clotilde Guerra Bejarano.

INTRODUCCION

I N T R O D U C C I O N

En virtud de que el control de la natalidad se proyecta más allá de la regulación de la fecundidad y de los problemas de incremento poblacional, alcanzando regiones tan profundas del ser humano que influyen en su comportamiento, como son sus motivaciones, su cultura o sus valores, es necesario que el Psicólogo participe más activamente dentro de los programas de planificación familiar que existen en el país.

La necesidad de su participación se acentúa al observar actitudes negativas respecto a los principios en que se basa la regulación de la fecundidad o porque algunas veces se percibe inaceptabilidad al método seleccionado.

Debido a la poca cultura del mexicano promedio, nuestro pueblo carece, en general, de la información necesaria acerca de la sexualidad, lo que ocasiona que los programas de planificación familiar sean rechazados, correspondiéndole al Psicólogo impartir la información pertinente para la correcta comprensión de las acciones educativas y la aceptación de los esfuerzos que hace el gobierno con el propósito de que las personas decidan el número de hijos que deben tener.

Como la integración y el bienestar familiar van aparejados con la planificación familiar, y esta integración y bienestar se frustran con mucha frecuencia debido a determinantes que se originan en temores y angustias de diversa índole, como el miedo al embarazo no deseado, la incompatibi-

lidad sexual, la pobreza, la presencia del hijo rechazado y otros, se -- hace indispensable la acción del Psicólogo para atenuar el impacto que - provocan en la conducta personal, familiar y social, siendo necesario el abatimiento de una serie de prejuicios atávicos, así como algunos resi-- duos heredados de culturas ancestrales que producen dudas en nuestro pue-- blo, motivando no pocas veces el sentimiento de culpa y, por consiguien-- te, angustia y malestar moral. En estos casos se necesita la orienta--- ción del Psicólogo, para crear el clima de apoyo y confianza necesarios para la deliberación y determinación adecuada.

La presente investigación tiene como principal objetivo justificar el - papel del Psicólogo dentro de los programas de planificación familiar, - sobre todo el del Psicólogo Clínico, ya que generalmente se ocupa al -- Psicólogo Social, pensando que es el más abocado para este tipo de traba-- jo por estar los programas dirigidos a grupos, sin tomar en cuenta que - los grupos están compuestos de individuos, los cuales son sujetos de la Psicología Clínica.

Además, esta investigación plantea un enfoque diferente a la problemáti-- ca de la explosión demográfica y a su posible solución en un país subde-- sarrollado como el nuestro.

FUNDAMENTO TEÓRICO

CONSIDERACIONES GENERALES

SOBRE LA EXPLOSION DEMOGRAFICA

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA EXPLOSION DEMOGRAFICA

"Viajamos juntos, como pasajeros, en una pequeña nave [la Tierra], dependientes de las vulnerables reservas de aire y de suelo de la misma, comprometidos todos - nosotros, para nuestra propia seguridad, en la seguridad y la paz de aquella; defendidos sólo de la aniquilación por el cuidado, el trabajo y, quiero decirlo, - el amor que dediquemos a nuestra frágil embarcación".

Adlai Stevenson - 1965.

A lo largo de procesos ininterrumpidos a través de millares de años, el hombre social creó esa compleja civilización tecnológica que hoy nos -- rodea y que, si por una parte brinda beneficios reales o imaginarios, -- por otra erosiona nuestra existencia y nos amenaza potencialmente con -- extinguirla.

Desafortunadamente, el crear esos satisfactores han hecho posible la dis-minución de las reservas de muchos recursos irrenovables y puesto en peligro la existencia de no pocos renovables, contaminando y degradando -- nuestro ambiente hasta extremos innegables no tan sólo desagradables, -- sino de peligrosidad.

Se piensa que la supresión de los productos tecnológicos en realidad no afectaría la realización de nuestras funciones biológicas, pero si all-viarla el creciente deterioro ambiental.

Ocurre un factor básico en la génesis del deterioro ambiental, que se -- puede regular sin dar problemas dilemáticos, como los que se originan --

cuando se pretende enfrentar naturaleza contra tecnología; me refiero a la sobrepoblación humana. Una característica básica de los seres vivientes es su capacidad de reproducción, dando origen a seres semejantes a ellos, siendo esta capacidad de tal magnitud, que sin factores que lo---gren un control, se agotarían las posibilidades del medio.

En la naturaleza esa gran fertilidad es frenada por una elevada mortalidad y las poblaciones de animales permanecen estables por efecto de la selección natural.

Pero, el "hombre social" ha logrado alterar esa selección natural en lo que respecta a su especie, debido a la ciencia y a la tecnología que han logrado un avance tan significativo, al disminuir en forma considerable los índices de mortalidad. Además, aun cuando cuentan con ese adelanto, que les sirve precisamente para reducir la natalidad, existen prejuicios religiosos o planteamientos socioeconómicos equivocados, que le impiden hacerlo.

El resultado es el tremendo incremento demográfico que ha convertido a los mil millones de seres que poblaban la tierra en 1850, en más de ---3,500 millones que son en la actualidad, y que además se calcula pueden alcanzar la pavorosa cifra de 8,000 millones para el año 2005. (7 y 13)

Prácticamente no hay uno solo de los graves problemas que afronta la humanidad que no deba sus alarmantes características actuales a la llamada "explosión demográfica". (1 y 12)

En diciembre de 1968, el hombre por primera vez tuvo la maravillosa oportunidad de ver su propio planeta desde el espacio y pensar que era increíble que vivan 3,500 millones de habitantes en este pequeño planeta llamado Tierra y que más de un millón de nuevos habitantes arriban cada semana, lo que ocasiona que la mitad de la población padece hambruna.

Si no se logra controlar la fertilidad humana, en menos de 37 años se duplicará el número de seres humanos en el mundo, lo cual constituye una gran amenaza para nuestra subsistencia. (2)

Todo lo anterior, como decíamos, es el resultado del dominio del hombre sobre la muerte. Durante miles de años se nulificaban las altas tasas de nacimientos por las altas tasas de mortalidad, pero debido a que se ha reducido la mortalidad por los avances de la ciencia y la tecnología, ese equilibrio ya no existe. En años anteriores el nivel de la tasa de mortalidad era de 35 a 45 por mil habitantes y ya en el año de 1969 se había reducido a un promedio de 15 por mil habitantes. (3)

Las tasas de nacimientos de los países subdesarrollados como el nuestro, es de 35 a 50 por mil y el promedio es de 34 por mil y es precisamente en los países subdesarrollados donde viven las dos terceras partes de la población del mundo. Además la tasa de crecimiento de los países subdesarrollados, que es de 2 a 3.8 % al año, es de dos a cinco veces mayor que la tasa de crecimientos en Europa, que es .8%, en Estados Unidos, que es el 1% y en Rusia, que es el 1% también. (4)

El crecimiento de la población ha cancelado el aumento alcanzado en la producción de alimentos, por lo que la mitad de los habitantes del planeta se encuentra en vías de inanición y se estima que diariamente alrededor de 10 mil personas mueren como resultado de la desnutrición. Además, las crecientes demandas de una población que está en constante crecimiento hacen difícil mantener las inadecuadas normas del pasado por lo que el progreso económico es difícil y no se puede ahorrar para el futuro. (5 y 6)

Si continuase la tasa de 2 % de crecimiento de la población, ésta se duplicaría en 37 años, lo que significa que para cada persona que habita este mundo hoy en día, dentro de 37 años habrá dos personas para alimentar, vestir, alojar y educar. (2)

Las cifras y proyecciones de las Naciones Unidas sobre el crecimiento mundial de la población, ofrecen un desarrollo espectacular. (12)

Para que la población se duplicara hubieron de transcurrir desde el año 1 hasta el año 1650, 16.5 siglos, habiendo alcanzado la cifra de 470 millones de habitantes. La población se vuelve a doblar en el año de 1850, habiendo transcurrido solamente 200 años, y alcanzó la cifra de 1,091 millones, doblándose en el año de 1930, o sea, que solamente se necesitaron 80 años, y la población se vuelve a doblar en el año de 1975, en sólo 40 años. Todo indica que para el año 2000, a sólo 25 años de distancia, la población alcanzará la cifra aproximada de 8,000 millones. (7)

Durante 30 siglos de crecimiento demográfico, las tasas de crecimiento anual presentan oscilaciones asombrosas, van desde menos .01 % hasta antes de 1650, a más de 1.7 % en el año de 1966.

Para 1972, la población del mundo alcanzó la cifra de 3,546 millones y sólo en el último año la población mundial aumentó en 65 millones, lo que corresponde a un incremento mensual de 5.4 de personas; de 180 mil por día; 7,500 por hora; 125 por minuto y de 2.1 nacimientos por segundo. Sin embargo, demógrafos autorizados afirman que las tasas de natalidad y fecundidad del futuro no serán meras repeticiones del pasado, porque las condiciones están cambiando, merced a la restricción deliberada de la fecundidad de crecientes sectores en diversos países.

El Population Council señala que existe un grupo de países que, por tener bajos índices de natalidad o por haber sido objeto de programas específicos, ya no necesitan una política oficial o gubernamental en este momento; son los países altamente industrializados. (8)

Otro grupo es el de 25 países que teniendo problemas demográficos, en la actualidad cuenta con políticas oficiales y con los programas correspondientes de control de natalidad: China, India, Irán, Turquía, República Árabe Unida, etc.

Un tercer grupo es el de aquellos países que sólo cuentan con actividades de planificación familiar apoyados por particulares, pero sin políticas oficiales: Chile, Bolivia, Colombia y Venezuela

Las altas tasas de natalidad, 38 x 1,000 habitantes, en contraste con la espectacular baja de mortalidad en casi todos los países, 10 x 1,000, explican el vertiginoso crecimiento de la población.

El grupo de países latinoamericanos presentan las siguientes características: mortalidad en rápido descenso, 10 x 1,000 habitantes; fecundidad alta y estabilizada; tasa de crecimiento alta y en aceleración, 2.8 %; - el porcentaje de menores de 15 años es de 42; el de urbanización es bajo y apenas alcanza el 31 %; la población ocupacional de actividades primarias asciende a más de 55 % y sus ingresos per-cápita son menores de 500 dólares anuales.

Diariamente México cuenta con 4,485 hijos más, por lo que nuestra población aumenta cada año 1.6 millones de habitantes, a un ritmo aproximado de 3.2 %, por eso es que nuestro país ocupa actualmente uno de los primeros lugares en el mundo en cuanto a Índice de crecimiento demográfico, - habiéndose triplicado el número de mexicanos que teníamos en el año de - 1930 y con posibilidades de cuadruplicarse en 1980.

En relación al acelerado crecimiento de nuestra población existen dos -- teorías opuestas: una considera que la tecnología moderna incrementará la producción de la tierra, que debido a eso habrá más hectáreas de cultivo, con lo cual la tierra dejará de tener una extensión fija, que se - cultivarán nuevas plantas y se aclimatarán otras, por lo que la tierra - dejará de tener limitaciones climatológicas, además de que la educación y el mejoramiento nutricional concomitante reducirán el problema que significa el crecimiento excesivo de la población. Lo anterior se lograría dentro de un marco de desarrollo integral de la comunidad, transformando lo que aparentemente constituye un problema en una situación de bienestar social.

La otra teoría es, que siendo fija nuestra extensión territorial, van a ser insuficientes el número de hectáreas cultivables, que la explosión demográfica supera ya los cálculos sobre la producción de materias alimenticias y que los bienes de consumo y los servicios públicos no se multiplican en forma deseable para evitar el aumento de desocupados e improductivos, que anualmente se requieren 750 mil nuevos empleos y que la pobreza aumenta el problema.

El hecho es que en nuestro país, a pesar de que el crecimiento económico sigue siendo mayor que el crecimiento demográfico, aún resulta insuficiente para satisfacer las necesidades básicas de la población, así como para absorber productivamente el incremento anual de la fuerza de trabajo.

DEMOGRAFIA Y SALUD

La mortalidad materna continúa siendo aproximadamente 5 veces mayor en México [tasa de 13.1 x 10,000 nacidos vivos] que en Norteamérica (2.7 x 10,000 nacidos vivos), y sus causas, en su mayoría previsibles, se refieren a toxemias gravídicas, accidentes hemorrágicos, cuadros sépticos y, de un modo especial, el aborto provocado, cuya magnitud en incremento debiera cuantificarse en atención a su carácter reducible. (9)

Se sabe que la gran multiparidad, el embarazo en mujeres menores de 18 y mayores de 35 años, la gestación repetida a intervalos frecuentes, la morbi-mortalidad de los hijos no deseados, los casos de contraindicaciones médicas del embarazo y otros, son factores desfavorables desde el punto de vista de la salud, independientemente de las secuelas en los aspectos emocionales y de estabilidad social en la vida interna de la familia. (14 y 15)

Por otra parte, destaca la importancia extraordinaria que tiene el aborto por su agresividad a la salud y por el incremento que está teniendo en nuestro medio. Las experiencias de múltiples investigaciones pone de manifiesto que en los últimos 10 años la tendencia de este problema ascendió a cifras alarmantes. (10)

En 1973 el aborto representaba el 14.3 % del total de egresos hospitalarios de los Hospitales de Ginecoobstetricia No. 1, 1A y 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Del año 1965 a 1973, en estas unidades se atendieron 113,423 abortos, de los cuales el 78 % fueron declarados como inducidos ilegalmente. Estas investigaciones han revelado que cada 4 abortos inducidos, sólo uno es atendido en las unidades de ginecoobstetricia por tener complicaciones, y diversas estimaciones estadísticas llegan a la conclusión de que aproximadamente el 20 % de las mujeres derechohabientes en edad reproductiva se inducen abortos anualmente. (11)

Durante la mayor parte de los dos millones de años de existencia del hombre como especie definida, el número de sus miembros era pequeño, se expresaba en millones. Hace aproximadamente 12,000 años, en la época en que se desarrolló la agricultura, no alcanzaba la cifra de 10 millones. A principios de la era cristiana la población mundial se calculaba en 250 millones, y de ahí a la revolución industrial la población aumentó a mil millones; a principios de este siglo había alcanzado la cifra de 1,550 millones; en 1950 había ascendido a 2,500 millones y a mediados de la década de 1970 se aproximaba a 4 mil millones. (7)

El tercer cuarto del siglo XX ha sido testigo de algunas alteraciones -- extraordinarias en la tendencia demográfica, la mortalidad mundial descendió muchísimo y la tasa de nacimientos permaneció elevada. Durante los primeros quince siglos de la era cristiana, la población mundial --- aumentó del 2 al 5 % por siglo.

Antes de la Segunda Guerra Mundial, pocos países habían tenido una tasa de aumento natural superior al 1 % anual, actualmente, en algunos países, la tasa es de 3 a 4 % anual, es decir, muy próxima al máximo biológico.

Los pronósticos de los expertos respecto del resultado final de la carrera entre el crecimiento de la población y los recursos disponibles fluctúa entre un optimismo moderado y la desesperación. Los primeros se refieren a los avances de la ciencia y la tecnología, los cuales solucionarían el problema, pero los segundos contemplan el futuro con alarma y no ven mucha esperanza de que la tierra disponible pueda volverse productiva porque el costo sería prohibitivo para los países pobres, aun cuando reciban ayuda del exterior.

Philip M. Hauser, demógrafo de la Universidad de Chicago, habló sobre la crisis poblacional ante el Subcomité del Senado, encargado del Presupuesto de Ayuda a otros Países, en el año de 1968, diciendo: "Estoy convencido de que dentro de las suposiciones más optimistas que pudieran formularse con respecto a la declinación de la fertilidad durante el resto de este siglo, el mundo se enfrenta con perspectivas de mayor -no menor- inquietud social; con mayor -no menor- inestabilidad política; mayor -no menor- número de amenazas a la paz mundial".

La sobreexplotación de los recursos con peligro de agotarlos, las increíbles aglomeraciones urbanas que generan irritabilidad y violencia, el inaguantable congestionamiento del tráfico automovilístico, la progresiva -- desaparición de la belleza del paisaje, la creciente contaminación de la tierra, el agua y el aire y el insoportable ruido que aumenta sin cesar, son factores que ponen en peligro la vida de la humanidad.

No es fácil precisar cuál es el "ambiente óptimo" para el hombre, pero sí es cierto que todo lo que hagamos para frenar el desmedido y rápido crecimiento demográfico nos puede acercar a ese "óptimo" hipotético del ambiente.

Si dejamos volar la imaginación en una forma optimista, se puede pensar en lograr algún día un ambiente que sea, de acuerdo a la definición que nos da el diccionario, "realmente bueno".

"La meta, aunque se considere posible, es difícil de alcanzar, pues estamos jugando una peligrosa carrera contra el tiempo, de muy dudosos resultados. Si arrancamos hoy, quizás podemos triunfar, si lo dejamos para mañana estaremos de antemano vencidos", son palabras del Dr. Enrique Beltrán, Director del Instituto Mexicano de Recursos Naturales Renovables de México.

ANTECEDENTES HISTORICOS
DE LA ANTICONCEPCION EN EL MUNDO

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ANTICONCEPCION EN EL MUNDO.

El deseo de que se regulen los nacimientos se remonta a varios miles de siglos atrás, la anticoncepción ha existido siempre en alguna forma durante la evolución social.

El "coitus Interruptus" era conocido y practicado en sociedades analfabetas, pero como no conocían la fisiología de la concepción, debido a su escasa cultura, atribuían la anticoncepción a fenómenos mágicos más que fisiológicos.

Las mujeres del Africa primitiva tomaban brebajes hechos de hierbas y de sustancias y se aplicaban internamente mezclas y materiales, se sometían a rituales dirigidos por los brujos y se ataban nudos "mágicos". En otras culturas además de lo anterior, utilizaban hechizos y amuletos, así como la aplicación de pesarios vaginales y sustancias pegajosas en los órganos genitales.

Hasta la más elemental conducta contraceptiva, lo sabemos ahora, reclama la posesión de alguna información biológica; los métodos mecánicos se basan en algún conocimiento de la fisiología y las preparaciones químicas demandan un cierto dominio de la farmacología.

Conforme fue aumentando la información médica y biológica, los anticonceptivos llegaron a ser más efectivos y fue hasta el siglo XIX que los conocimientos se difundieron más ampliamente en las sociedades de Occidente, sobre todo en Inglaterra, Alemania y Francia.

Es bien conocida la existencia de una técnica anticonceptiva en el mundo precristiano del Mediterráneo. Los más antiguos documentos existentes - pertenecen a Egipto, cinco papiros diferentes, todo ubicados entre los años que van del 1900 a 1100 A.C. exponen preparaciones anticonceptivas para ser aplicadas en la vulva: el Kahun, el Ebers, el Rameseum, el --- Berlín y el Carlsberg. Las prescripciones que señalaban, procuraban - bloquear o matar el semen masculino y constitulan medios racionales de intentar la contracepción.

El deseo de prevenir el embarazo por medios artificiales apareció, como un rasgo aún más característico, en la sociedad que conocieron los cristianos.

La práctica del "coitus interruptus", relación sexual seguida de retirada y eyaculación fuera de la vagina, constituye de por sí un evidente -- método anticonceptivo. Su antiguo uso entre los hebreos está testimoniado en el Génesis 38:8-10, en la historia de Onán: "Er, primer hijo de - Judá y Sué, se casó con Tamar, pero fue muerto por el Señor a causa de un acto de maldad no especificado. Entonces dijo el Señor a Onán, entra en la mujer de tu hermano y tómala como cuñado que eres, para suscitar - prole a tu hermano; pero, Onán, sabiendo que la prole no sería suya, cuando entraba en la mujer de su hermano se derramaba en tierra, para no dar prole a su hermano. Era malo a los ojos de Yahvé lo que hacía Onán y lo mató también a él".

La aceptación de este método en el mundo cristiano primitivo era familiar, como lo manifiestan varias referencias en la versión babilónica del Talmud,

que nos remite a la primera centuria de la era cristiana. En "Yebamoth" 34b, la Gemara refiere esta práctica durante los primeros veinticuatro meses de lactancia; el acto es descrito como "trillando adentro y aventando afuera". El texto es del tercer siglo o posterior.

De los pesarios se ha hablado en diferentes épocas. En "Yebamoth" 34b, el rabí José creía que las ramera usaban un absorbente para prevenir la concepción, asimismo, una esclava a punto de ser libre no deseaba concebir antes de su libertad, de la misma manera, una mujer capturada usaba anticonceptivos para prevenir la concepción hasta estar segura de su futuro.

Un absorbente de lino o de lana rastrillada se menciona también en la -- Gemara del siglo IV A. C. y se usaba como pesario.

En el Talmud, también se hace mención a prácticas anticonceptivas, menciona que algunas mujeres habían sido "hendidas", en un contexto en el que no se explica el modo, pero se ve claro el efecto esterilizante; también se refiere a las "pociones de raíces".

La Tosefta, compilación del siglo V, independiente del Talmud, menciona una pócima de raíces, la cual al ser bebida volvía estériles a los hombres y a las mujeres.

En síntesis, los medios anticonceptivos conocidos por las diversas comunidades judías, incluían no solamente el "coitus interruptus", sino tam-

bien la evacuación postcoitiva, los pesarios oclusivos, las pociones esterilizantes y la cirugía esterilizante.

Los pesarios y las pociones parecen ser posteriores al "coitus interruptus" y parecen reflejar la influencia helenística y el encuentro de la diáspora con el mundo pagano. Probablemente la eficacia de estos métodos fue muy variada.

Apartándonos de los papiros conservados por casualidad y de las referencias esparcidas en la argumentación moral de los rabinos, consideraremos ahora, ciertos trabajos de un pretendido carácter técnico, que tratan de la contracepción como una materia de interés científico en la época grecorromana. Estos trabajos son de dos tipos: libros sobre los fenómenos de la naturaleza y los aplicados a temas médicos y en el segundo grupo, los más antiguos son "La naturaleza de la mujer" y "Enfermedades de la mujer", ambas anónimas y se les llama de la escuela de Hipócrates en la V Centuria, así como "Ginecología" de Sorano de Efeso, quien practicó la medicina en Roma entre el 98 y el 138 D.C. La "Ginecología" fue la fuente de mayor información sobre anticoncepción para el Imperio Romano, para los árabes y para la Europa Medieval; de este libro derivaron algunos otros, como "Libros para Eunapio" de Oribasio y la "Medicina" de Aetio de Amida, los cuales exhiben la insistencia con que se da la información contraceptiva en el bajo Imperio.

Las pociones fueron las primeras formas anticonceptivas mencionadas por algunos escritores clásicos, una segunda forma fue el bloqueo de la entrada del útero y una tercera forma era constituida por pomadas y untos

que debían ser aplicados en los genitales femeninos. Como agregado a -- estos tres métodos químicos o mecánicos, se pensaba que existía un perlo do estéril en la mujer. La Escuela Hipocrática había convenido que el - periodo de fertilidad más seguro era justo después de la menstruación. - Sorano sostuvo:..... el útero, al congestionarse durante la menstruación, se halla bien preparado para evacuar la sangre que ha fluído en su interior, pero se ve incapaz de recibir y retener el esperma.... En "Gine-- cología" se dice: ...el mejor tiempo para la fecundidad es cuando ter-- mina la menstruación.... y Sorano también dice:evitar la rela-- ción sexual en aquellos períodos en que nos parecen adecuados para pro-- crear.

Tres tipos de movimientos físicos contraceptivos también son señalados por los escritores antiguos. Herodoto informa que Pisístrato "no querien do tener hijos con su nueva esposa, tuvo trato sexual con ella de modo -- diferente al que establece la costumbre". Sorano dice:se reco-- mienda que la mujer contenga su aliento e inmediatamente después se levan te, se agache, estornude y se lave. Lucrecio señala la realización de -- ciertos movimientos que hacen las prostitutas para evitar la concepción.

Finalmente, existían el uso de amuletos con propiedades especiales. Dis-- cóbriides dice que usaban amuletos contraceptivos de espárragos y helio-- trópos. Plinio recomendaba que usaran un amuleto hecho de cierta clase - de araña, de la que se debían extraer dos larvas, atarlas a una piel de - ciervo y colocarlas sobre la persona antes de la salida del sol. En la -- sexta centuria Aetio recomienda amuletos de diente de niño, un gusano sa-

cado de una cantera de mármol y semillas de beleño diluidas en leche de yegua y llevadas en una piel de ciervo.

En conclusión, debemos señalar la estrecha relación entre magia y contracepción. Las pociones de hierbas eran recursos predilectos de los magos, pero además eran métodos racionales de conseguir el control de la -- fertilidad. En el vulgo, las pociones de hierbas aparecían con efectos -- tan misteriosos y mágicos como cualquier amuleto.

Filón, el primer filósofo de la Diáspora del Siglo I, nos dejó enseñanzas sobre las relaciones sexuales que son una objeción al efecto anticonceptivo de tales relaciones, ya que el flujo menstrual paraliza el óvulo, lo humedece, y la humedad paraliza las fuerzas de las fibras seminales.

Asimismo, aparecen fórmulas anticonceptivas en textos médicos chinos en -- forma de citas escritas por Sun-Ssu-mo, quien falleció en el año 695 de -- nuestra era.

La formación de la primitiva doctrina cristiana sobre la contracepción es una respuesta a dos actitudes prevalecientes en el mundo greorromano.

Una referencia indisputable respecto de la anticoncepción no existe antes del siglo VIII, lo descrito son pociones y se da por seguro que eran usadas por las mujeres. La colección irlandesa de cánones dedica dos capítulos al aborto y a la contracepción; otro capítulo cita a Jerónimo en bebidas esterilizantes y el capítulo IV encierra una crítica de las mujeres que toman bebidas diabólicas, a causa de las cuales no se podía concebir.

El desarrollo de la anticoncepción en la Europa medieval está ligado al progreso de los conocimientos médicos, casi en su totalidad provenientes de los árabes. Desde la primera escuela médica europea, la de Salerno, en el siglo XI, hasta la de Montpellier, en el siglo XII, el mundo mahometano proporcionó el impulso y los libros para la medicina europea.

Haciendo utilizable lo que se había conservado de las ciencias antiguas, estos libros diseminaron las técnicas contraceptivas del mundo grecorromano, ampliados por algunos conocimientos árabes. De los libros árabes, el principal fue el "Canon de medicina" de Avicena, escrito en el siglo XI en Damasco, el cual fue traducido al latín en la ciudad de Toledo, España, por Gerardo de Cremona a mediados del siglo XII. Durante 500 años este tratado dominó el pensamiento médico de Occidente. Para los europeos fue el texto principal hasta el siglo XVII. Aprendiendo de Avicena los médicos europeos se hicieron cargo de los datos anticonceptivos del mundo clásico.

Lo mismo sucedió con el "Libro de Almanzor", del persa al-Razi, el cual fue traducido en el siglo XII por Gerardo de Cremona. En él se registran las propiedades anticonceptivas de algunas plantas, los anafrodisíacos y finalmente, después de tratar "las cosas que ayudan a la impregnación", refiere un capítulo a "las cosas que evitan el embarazo y producen abortos". También recomienda los movimientos físicos.

Con estos dos autores, Avicena y al-Razi, los médicos medievales tuvieron tanta información sobre contracepción como los griegos y los romanos.

Las obras originarias de Europa, inspiradas por las principales autoridades árabes, difundieron aún más su enseñanza. El modo como la información circuló puede advertirse primero en la obra de un autor teológico germano, Alberto el Grande (1206-1280), escrita dentro del siglo siguiente a la traducción latina de los tratados árabes y luego en las obras médicas europeas posteriores.

Alberto el Grande, registra menos influencia árabe que los tres médicos - que le siguieron: Arnolfo de Vilanova, Juan de Gaddesden y Magnino de Milán. El primero (1238-1311), en su libro "Simples" trata sobre medicinas que aminoran la leche y el coito, y plantas que apartan la libido. El --segundo (1280-1336), escribió un libro llamado "La práctica de la medicina de pies a cabeza", y en el capítulo II trata sobre la esterilidad. - El tercero (alrededor de 1300), escribió el libro "Régimen para la salud" y bajo el título de Reglas apropiadas para el sexo femenino, dice:
...el modo como puede lograrse y como puede evitarse el embarazo, a veces por factores fisiológicos y a veces a causa del uso de cosas que previenen la concepción.....

En suma, las reglas prácticas de Magnino para la salud, proporcionan descripciones de pociones y amuletos anticonceptivos, de un espermaticida de semillas de repollo y abundante información sobre afrodisíacos. Su --manual, sin prescribir nunca la anticoncepción, da indirectamente una amplia variedad de medios para lograrla.

Decir cosas como éstas no significa afirmar que estos autores estaban interesados en promover la práctica anticonceptiva. Su obra se comprende mejor considerándola como una reflexión de espíritus que pueden ser considerados enciclopedistas y científicos. Si poseían información, sintieron la necesidad de transmitirla y el uso que se hiciera de esa información no era de su competencia.

Si la información sobre anticoncepción hubiera sido desdolorosa o ilegal, lo más seguro es que su diseminación se hubiera resentido en las escuelas médicas universitarias, pero la información era proporcionada de tal manera que todo médico instruido debía estar al tanto de ella.

Dante, en su Divina Comedia, trata el tema de la contraconcepción pero -- siempre en forma indirecta. En Los cuentos de Canterbury, se tratan los 7 pecados capitales y en ellos se refiere al homicidio sin premeditación pero criminal y se hace alusión a una mujer que bebe hierbas venenosas para que no pueda concebir y sobre otra que se coloca cosas materiales para no tener hijos. En el libro de La Tour Landry, también se habla -- sobre Onán. En Las Leyes y Costumbres de Inglaterra, se trata sobre el aborto producido por algún golpe o por un veneno siendo homicidio si el embrión ya está formado.

En el año 1285, el Sínodo de Riez, ciudad del antiguo territorio Cártaro, legisló sobre la venta de venenos y se habló de una excomunión, reservada al Papa, para cualquiera que venda o proporcione veneno o hierbas mortales para matar o abortar. Probablemente las hierbas mortales incluían anticonceptivos.

**ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA
PLANIFICACION FAMILIAR EN EL MUNDO**

Un nuevo periodo en la historia de la doctrina sobre la contracepción comenzó hacia fines del siglo XVIII, el cual fue marcado por dos fenómenos: la declinación de la tasa de nacimientos en Francia y la abierta -defensa del control de la natalidad en Estados Unidos e Inglaterra, como una práctica socialmente deseable.

La edad del control de la natalidad comienza con la edad de la perfectibilidad del hombre, de un racionalismo de mirada clara, impaciente para con el misterio, lo sagrado o lo numenal. El racionalismo existía en --Inglaterra, Alemania y también en América, pero en Francia era la filosofía del día, destruyendo instituciones que en otras partes soportaron su impacto.

El control de la naturaleza, de las enfermedades y de la muerte no se había logrado a fines del siglo XVIII, se consideraban sólo programas, pero el control de la natalidad ya era de más fácil realización. Los dels tas, los neociclistas, los revolucionarios no eran muy partidarios del control de la natalidad y si su filosofía los conducía a ello, lo ha clan respondiendo a una lógica tácita y a una esperanza alcanzada.

Francia era aún predominantemente rural y carecía de la sofisticación racionalista de las ciudades; sin embargo, también debieron haber practicado la anticoncepción porque la tasa de nacimientos se había afectado - muy seriamente. ¿Qué sucedía? Había un malestar espiritual contra la ---iglesia, la cual era rechazada, aunque estaba sostenida oficialmente, y -de ello obedecía una total desobediencia a sus leyes. Cuando ocurrió la revolución hubo rechazo contra todos los esfuerzos para regular la con--

ducta por ideas intangibles. Si la iglesia era una mentira, entonces -- cada hombre debía decidir por sí mismo. Ello no formaba parte del programa de racionalismo revolucionario, pero fue su resultado, por ello -- Francia experimentó la expansión anticonceptiva antes que Inglaterra y -- Estados Unidos. La contracepción se había extendido en Italia antes que en Francia, de modo que en el Siglo XIX los cambios no fueron tan -- dramáticos, además, en Italia la iglesia nunca dejó de funcionar, en cambio en Francia en muchas partes la iglesia quedó aniquilada.

Los factores predominantes de la expansión del control de la natalidad -- fueron de carácter religioso, intelectual e ideológico. Además, hubo -- otras fuerzas menos intangibles: la revolución industrial, el desear un mejor nivel de vida y un gran número de posibilidades para la clase media caracterizaban al siglo XIX. Como puede verse en algunas sociedades, como en el Japón moderno, es frecuente que una perspectiva de mejorar el -- nivel de vida es básico para la limitación familiar.

La superpoblación se había convertido en materia de preocupación intelectual con la publicación en 1798 del "Ensayo sobre los principios de la -- población" de Thomas Malthus. De acuerdo con su ensayo, la población no contenida se duplica por sí cada 25 años, creciendo en proporción geomé--trica mientras que las reservas alimenticias crecen en proporción aritmé--tica. En consecuencia, suponía que la población no regulada de Inglaterra sería de 176,000.000 en el año 1900, mientras que los alimentos alcanza--rían sólo para 55,000.000. Resultados similares se predecían para todo -- el mundo.

La solución consistía en limitar la población mediante la "restricción moral", esto es, por la postergación de los matrimonios. La contracepción no era recomendada, ni siquiera considerada, simplemente aludía a las violaciones del lecho conyugal y a las artes impropias para ocultar las consecuencias de conexiones irregulares, las que caían bajo el calificativo de "vicio". Sin embargo, el trabajo de Malthus fue fundamental para el control de la natalidad en el siglo XIX.

La contracepción como remedio social fue pública propuesta de ciertos ingleses interesados en las reformas sociales, liberados de todo compromiso con las creencias religiosas tradicionales. Entre los primeros, Jeremías Bentham (1797) insinuaba el uso de esponjas para limitar el número de pobres y para disminuir las tasas de nacimientos entre la gente humilde. Una defensa explícita y directa de la anticoncepción fue la de Francisco Place (1771-1854), quien fue un obrero autodidáctico muy destacado, del centro del liberalismo inglés de la primera parte del siglo XIX.

Se casó muy joven, a los 19 años, y fue padre de 15 hijos. Le impresionó el énfasis que puso James Mil y Jeremías Bentham en la educación de los niños. En 1820 comenzó a defender el control de la natalidad en forma abierta y en 1822 participó en una controversia entre Malthus y William Godwill. Escribió un libro "Ilustraciones y pruebas del principio de la población" en el que exponía sus puntos de vista: "...si se adoptaban los medios para prevenir el nacimiento de un número mayor de hijos que el deseado por un matrimonio, y si el sector trabajador de la población podía mantenerse por debajo de la demanda de trabajo, podrían elevarse los jornales a fin de lograr una existencia más confortable para todos aquellos que quisieran casarse....."

Las restricciones morales y sociales sobre la discusión de esta materia eran aún tales que ni Bentham ni Mill, ni Place, bajo su propio nombre, recomendaban determinados contraceptivos.

En los Estados Unidos una defensa abierta del control de la natalidad fue adoptada en 1830 por el hijo mayor de Robert Owen, Robert Dale Owen en su libro "Psicología moral. Breve y simple tratado sobre la población". En él recomendaba el método del coitus interruptus y en el primer año alcanzó varias ediciones y en 50 años se habían vendido 75 mil ejemplares.

Otro libro americano de la misma época llamado "Los frutos de la filosofía" de Carlos Knowlton, abogaba en favor de la contracepción y explicaba el modo de lograrla. Pone énfasis en la ducha postcoitiva y estaba seguro - que el uso abundante de agua fría era un preservativo seguro.

La defensa del control de la natalidad precedió al desarrollo técnico que facilitó su práctica. Los métodos de Place, Owen y Knowlton eran tan antiguos como los de los griegos. En 1843, la vulcanización del caucho hizo posible la manufacturación de condones de goma a bajo precio y esta forma contraceptiva se impuso rápidamente.

El coitus interruptus siguió siendo el método más común para practicar la anticoncepción en el Continente Europeo.

En el año de 1860 se fundó en Inglaterra una Liga Malthusiana por Jorge Drysdale, autor de "Los elementos de la ciencia social", cuyo objetivo -- era alentar la práctica anticonceptiva, pero no prosperó.

En 1877 ocurrió el primer cambio en la opinión pública. El gobierno inglés procesó a Ana Beasant y a Carlos Bradlaugh por distribuir el libro "Los frutos de la filosofía"; pero, el proceso no tuvo éxito y la publicidad fue realmente asombrosa ya que en los cuatro años que siguieron al juicio del libro, se vendieron más de 200,000 ejemplares, y anteriormente sólo se habían vendido 1,000 ejemplares en un año.

La divulgación masiva de información contraconceptiva había comenzado. --
 La nueva Liga Neomalthusiana se formó en 1878. Comenzó la tarea de ganar una audiencia en el público inglés a favor de la contraconcepción -- como remedio de las miserias derivadas de la superpoblación y los sobrenacimientos. Su ejemplo condujo a la formación de ligas malthusianas en Alemania (1889), Bohemia (1901), Brasil (1905), Bélgica (1906), Cuba --- (1907), Suiza (1908), Suecia (1911) e Italia (1913).

Los holandeses tuvieron particular importancia en el movimiento del control de la natalidad, en 1875 y 1876 tal procedimiento fue propuesto como una solución a los problemas de la población por Greven y van Houten. -- El libro de Drusdale "Los elementos de la ciencia social" fue traducido al holandés en 1876. En 1882, con la colaboración de Drysdale, se formó una Liga malthusiana. Aletta Jacobs, la primer mujer médico de Holanda, fue una gran defensora de la causa. En 1881 introdujo un procedimiento verdaderamente precursor del moderno control clínico de la natalidad: la instrucción de las comadronas para que enseñaran los métodos anticonceptivos en el hogar.

En Francia una liga malthusiana se inició en 1865, pero el movimiento no alcanzó fuerza hasta 1898 cuando Pablo Robin fundó "La Ligue de la régénération humaine", una asociación francobelga con objetivos eugénicos y contraconceptivos. Publicaciones en favor de la anticoncepción comenzaron a aparecer en 1880.

En el siglo XX el movimiento del control de la natalidad llegó a ser internacional. Un congreso mundial tuvo lugar en París en 1900, otro en Lieja en 1905, otro en La Haya en 1910, otro en Dresden en 1911, otro en Londres en 1922 y otro en Nueva York en 1925. En 1927 los propietarios del control de la natalidad organizaron una Conferencia Mundial sobre la Población, en Ginebra, lo cual dio impulso sustancial a la organización de estudios sobre este tema. En el año de 1930 fue creada en Zurich la primera clínica internacional sobre métodos contraconceptivos. Estos encuentros internacionales fueron decisivos en la difusión del control de la natalidad, en la movilización de la opinión pública a su favor y en su transformación en un objetivo social en el mundo occidental.

La promoción organizada se dio también en otros países. En los Estados Unidos, Margaret Sanger, en 1913 comenzó un movimiento que conduciría a la "National Birth Control League" y luego a la "American Birth Control League". Sanger llevó el mensaje al Japón en 1921 y a la India en 1936. En 1931 se constituyeron sociedades en favor del control de la natalidad en Checoslovaquia y Polonia. Durante el año de 1920, varias clínicas se establecieron en Gran Bretaña, Alemania, Holanda y algunos países americanos.

Nuevas formas de los viejos procedimientos contraceptivos se desarrollaron en este período de expansión. En 1880, Wilhelm Mensinga diseñó un diafragma para usar como pesario en la vagina, método que llegó a ser el preferido por las clínicas en el período posterior. Por el año de -- 1935 se usaban en Occidente unos dos mil dispositivos mecánicos, condones o pesarios. Además existía un amplio registro de soluciones químicas empleadas como agentes espermaticidas y oclusivos. La fabricación de estos dispositivos llegó a ser una industria importante.

En Francia, la contracepción se convirtió en tema de discusión médica en un simposio en 1905, en la "Chronique Medicale", pero no ganó un apoyo profesional importante. En Inglaterra, en 1922, una encuesta de ginecólogos indicaba que una sustancial mayoría aprobaba el uso de anti-- conceptivos. Buena parte del cuerpo médico daba también su aprobación, lo cual significaba un cambio neto en la opinión respecto del siglo XIX cuando la contracepción era considerada por profesionistas importantes como médica y moralmente sospechosa.

El cambio en la opinión médica tuvo paralelismo en la opinión de los campos de la ciencia, la sociología y la economía. Aquel los argumentos de los humanistas defensores del control de la natalidad recibieron --- gran atención y ganaron muchos adeptos. Estos argumentos estaban dirigidos al bien social y a la felicidad individual. Margaret Sanger había sido particularmente motivada por la miseria y la enfermedad causadas entre los muy pobres, por embarazos no deseados.

En Estados Unidos en 1967, 44 Estados contaban con una unidad de salubridad dedicada a la planificación familiar y en 34 Estados los respectivos Departamentos de Bienestar Social cubrían los costos de estos servicios. A pesar de ello, ni estos programas, ni los realizados en otros países - habían alcanzado un éxito sobresaliente en la reducción de la natalidad y en la actualidad los nacimientos no han declinado en forma significativa.

Existen asociaciones particulares en más de 100 países que desarrollan programas relativos y solamente en Taiwán, Hong Kong y Singapur ha habido reducción, pero esto se ha debido más a otras razones que a los programas, por ejemplo: el alza en el nivel de vida y de la educación y la estructura de edades de la población.[14]

En años recientes los gobiernos de algunos países subdesarrolladas, como la India, han venido ofreciendo incentivos para estimular la esterilización de los padres que ya tengan tres hijos.

Un dato muy importante es que todos los países con un porcentaje de --- analfabetismo superior al 50 % manifiestan tasas de nacimientos que --- fluctúan entre 35 a 50 por cada mil habitantes y los países desarrollados cuyo analfabetismo es menor de 10 %, las tasas de nacimientos son inferiores a 20 por mil habitantes.[2]

IMPLEMENTACION DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR

EN EL MUNDO

Los padres de familia de los años 20s fueron los primeros interesados en adoptar medidas de control de la fertilidad, con el afán de lograr una vida más plena y un futuro mejor para sus hijos. Aquí empezaron a tener significado los conceptos de "planificación familiar", "paternidad responsable", etc. Estas razones pertenecían al núcleo familiar propiamente, no influyendo en ello todavía, las áreas médica, social o demográfica, ya que en varios países ocurría la "depoblación", debido a los bajos índices de natalidad y a los estragos de la Primera Guerra Mundial. A eso se debía que algunos países, como Francia por ejemplo, estaban haciendo campañas pro-natalidad.

En Rusia, en esa misma época, tuvieron mucha aceptación las facilidades legales y médicas otorgadas para realizar el aborto, en 1934 ya había 2.7 abortos por cada nacimiento en la ciudad de Moscú, por lo que en 1936 se adoptaron medidas contrarias para restringir las bases por las cuales se habían permitido los abortos, empezándose a proporcionar servicios de planificación familiar, sobre todo para combatir lo que llamaban el "aborto criminal".

En Inglaterra se formó una Comisión para el Estudio de la Población, con el fin de reponer la población perdida durante la guerra, pero se mantuvieron firmes en el principio de que la paternidad debería ser voluntaria y responsable; dicha Comisión indicó que el Servicio Nacional de Salud tenía el deber de impartir información y consejos a todas las personas que lo requirieran sobre los métodos anticonceptivos existentes, y - -

sugirió la creación de una clínica que tuviera este servicio, además - de exámenes pre-matrimoniales y otros.

En virtud de que el Estado no efectuaba ninguna acción oficial en relación con este problema, se formó la Asociación Inglesa de Planificación Familiar, la cual implantó en ese país los llamados Centros de Bienestar Familiar.

En 1936, se formó en Suecia una Comisión Real para el Estudio de la Población, siendo su punto más importante a tratar, lo relacionado con el aborto, recomendándose a las mujeres algunas medidas para evitar que tuvieran que recurrir a ese recurso, siendo éstas: el pronto diagnóstico del embarazo, la formación de hogares para madres solteras, mejorar la educación sexual y proporcionar anticoncepción a quienes así lo solicitarán.

Después de la Segunda Guerra Mundial, el movimiento tuvo que rehacerse, pues el régimen nazi lo prohibió en los países ocupados por los alemanes, dando resurgimiento a una serie de conferencias internacionales, - como la de Estocolmo, Suecia, en 1946, en donde se reunieron países como: Dinamarca, Estados Unidos, Finlandia, Gran Bretaña, Holanda, Noruega y Suecia, tomándose la decisión de formar un Comité Interino para -- que se abocaran a realizar una Organización Internacional, en forma permanente, así como la de efectuar una Segunda Conferencia en el año de 1948, con sede en Inglaterra, a la cual se le llamaría Congreso de ----

Chelthenham, en donde se reunieron delegados de 23 países, produciéndose un gran cúmulo de información referente a demografía, aspectos socioeconómicos de la vida familiar, migración, planificación familiar, etc.

Las conferencias posteriores aportaron valiosa información sobre estos aspectos, dando más importancia a la planificación familiar dentro del desarrollo económico y social de un país.

Del Congreso de Chelthenham surgió el Comité Interino, conocido como el Comité Internacional de Planificación Familiar (ICEP), organismo que se convirtió más tarde en la III Conferencia Anual sobre Planificación Familiar que se llevó al cabo en 1952, en Federación Internacional de Planificación Familiar, contando en su seno con países miembros como: Alemania Occidental, Estados Unidos, Holanda, Hong Kong, India, Inglaterra, Singapur y Suecia.

En 1952 se llevó al cabo el III Congreso de Planificación Familiar en la ciudad de Bombay, India, y en él se recomendaron los centros de bienestar familiar en todo el país.

En 1953, la India convocó a la I Reunión del Comité Gubernamental de Investigación y Programa de Planificación Familiar. En ese mismo año, en Estocolmo, Suecia, se celebró la IV Conferencia Internacional sobre Planificación Familiar, participando en ella 158 delegados y observadores de diferentes países, donde se crearon nuevos estatutos que tendían a promo-

ver por medio de la educación y la investigación científica la aceptación de la planificación familiar y la paternidad responsable para el bienestar de la familia y la comunidad. En esta ocasión se aceptaron nuevos países, siempre que tuvieran las siguientes condiciones: que no existieran intereses comerciales en las instituciones miembros; que el trabajo se llevara al cabo sin distinción de raza, credo o ideología política; que las instituciones solicitantes sean representativas de sus respectivos países y que contaran en su país con un programa integral de planificación familiar.

En un principio solamente se aceptaban instituciones de carácter privado, pero a partir de 1957 se decidió aceptar instituciones gubernamentales, ingresando así el Departamento de Salud Pública de Bermuda, el Servicio de Salud Pública de Suiza y más tarde Australia, África del Sur y la República Democrática Alemana.

En 1955 se realizó en la ciudad de Tokio, Japón, la V Conferencia de Planificación Familiar, en la cual participaron 500 delegados y observadores de todas partes del propio país sede y veinte países más. En esa ocasión fueron admitidos como miembros: Bélgica, Dinamarca y Nueva Zelandia.

En 1957, fueron admitidos nuevos programas gubernamentales de países como: Birmania, Corea, Finlandia, Francia, Nepal, Malaya, Polonia y Tailandia, llegando a un total de 32 organizaciones entre privadas y gubernamentales.

En el año de 1959 se llevó al cabo en Nueva Delhi, India, la VI Conferencia Internacional de Planificación Familiar, donde el gobierno hindú coo-

peró abiertamente en su celebración, en donde los representantes de los 15 países asiáticos formularon una resolución exigiendo la atención de sus respectivos gobiernos hacia los esfuerzos para elevar el nivel de vida de sus habitantes y la extrema dificultad de lograr estos proyectos en virtud del desmesurado crecimiento de la población.

Esta resolución también sugirió a los gobiernos asiáticos que aprovecharan la Sesión de Marzo de 1959, de la Comisión Económica para Asia de las Naciones Unidas, la cual incluyó en su agenda "El Crecimiento de la Población en Relación con el Desarrollo Económico".

En 1967, se llevó al cabo por primera vez en un país latinoamericano, en Santiago de Chile, la VIII Conferencia Mundial de Planificación Familiar, reuniendo a más de 72 países, siendo esto una de las más importantes -- pruebas del desarrollo de la planificación familiar en el mundo.

EN AMERICA LATINA

La Federación Internacional de Planificación Familiar ha dividido al mundo en 5 áreas o hemisferios, siendo el Hemisferio Occidental el de América Latina y los Estados Unidos.

La I Conferencia Regional del Hemisferio Occidental se celebró en la ciudad de San Juan, Puerto Rico, en 1955.

En 1958 se celebró la II Conferencia en Jamaica, y la III se celebró en el año de 1961 en Barbados.

En 1964, Puerto Rico volvió a ser sede de la IV Conferencia Regional, siendo esta la primera realmente representativa del Hemisferio, ya que a ella asistieron 300 delegados de todos los países del continente, aprobándose en esta ocasión una resolución que exigía a los gobernantes incluir los servicios de planificación familiar en los programas de salud pública y a gestionar estudios sobre demografía.

En América Latina, la planificación familiar ha sido un movimiento genuino y sólido debido a la labor de muchos médicos en hospitales privados y oficiales, así como a las actividades desarrolladas en el campo de la investigación.

En 1967 se realizó la VIII Conferencia Internacional en la ciudad de Santiago de Chile, siendo esta de tal trascendencia que se despertó sensiblemente el interés en todo el continente por la planificación familiar, contando algunos países con la incorporación en sus programas de Salud Pública del control de la natalidad.

A continuación se exponen los organismos que cuentan con programas de planificación familiar:

BOLIVIA.- Este servicio lo proporciona el Departamento de Protección de la Familia, creado por el gobierno dentro del Servicio Sanitario, en -- 1968.

CHILE.- La Asociación Chilena de Protección de la Familia, que se rige -- por estatutos aprobados en 1965, con personalidad jurídica otorgada por el gobierno en 1966. En 1965 firmó un acuerdo con el Consejo Nacional -- de Salud, en el cual se resolvió adoptar la regulación del nacimiento -- dentro del plan general de salud, así como integrarlo en el Programa de Asistencia Materno-Infantil para todo el territorio del país.

COLOMBIA.- Existe una relación muy estrecha entre el gobierno y la ins-- titución de carácter privado "Asociación Pro-Bienestar de la Familia Co-- lombiana", ya que en 1969 su Presidente firmó la declaración de las Na-- ciones Unidas sobre el derecho que asiste a las familias a decidir el -- número de hijos que deseen tener, y el actual Ministerio de Salud Pública fue uno de los principales gestores de la declaración suscrita en Cara-- cas en 1967, por la Conferencia Panamericana de Ministros de Salud, en la cual se hizo insistencia en que la planificación familiar era una de las necesidades más apremiantes de Latinoamérica.

En 1967, el Ministerio de Salud Pública, con la asesoría de la División de Estudios de Población de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina

inició programas de planificación familiar a nivel de los centros de salud urbano y semi-rurales.

PERU.- En febrero de 1967 se fundó en la ciudad de Lima la Asociación Peruana de Protección Familiar, estando integrada por una Junta Directiva, una Dirección Ejecutiva y un Comité Médico Asesor, quien cuenta con cierto apoyo tanto del gobierno, como la prensa, la iglesia y la Universidad.

VENEZUELA.- En 1969 se fundó la Asociación Venezolana de Planificación -- Familiar, constituida por una Junta Directiva formada por un Presidente, un Tesorero, un Secretario Ejecutivo y sus Vocales. Cuenta con clínicas o centros de planificación familiar en donde se proporciona el servicio a quien lo solicite.

BRASIL.- La institución privada que desarrolla una intensa actividad de planificación familiar en el Brasil es la Sociedad para el Bienestar de la Familia Brasileña, la cual ha tenido que afrontar ataques sistemáticos de diferentes organizaciones, lo cual afortunadamente ha llegado a una etapa de debate más objetivo y favorecedor al movimiento.

ECUADOR.- En 1966, se fundó en Guayaquil la Asociación Pro-Bienestar de la Familia Ecuatoriana, con el objeto de obtener el apoyo y colaboración de otras instituciones de tipo social y médico, lo cual culminó con el convenio celebrado con el Ministerio de Salud creando centros de planificación familiar dentro del Servicio Sanitario Nacional.

En 1969 se obtuvo una colaboración del Club Rotario de Guayaquil para la construcción de un centro comunal en los barrios sub-urbanos de la ciudad.

ARGENTINA.- En 1969 se fundó la Asociación Argentina de Protección de la Familia, la cual tiene a su cargo centros de protección familiar, los -- cuales se encuentran ubicados en establecimientos sanitarios oficiales, o en instituciones privadas, dependiendo de las áreas en las que operativamente se ha dividido el país.

EN MEXICO

Los primeros indicios de un movimiento organizado de planificación familiar en México datan de 1922, con Felipe Carrillo Puerto, entonces Gobernador del Estado de Yucatán, quien activó la cooperación de la Liga Central de Resistencia, órgano del Partido Socialista del Sureste que tenía 417 ligas adscritas y 72,598 personas afiliadas, ejerciendo una poderosa influencia moral sobre la masa trabajadora. Esta Liga Central de Resistencia inició en México la primera campaña de planificación familiar con una gran resonancia en el ambiente nacional.

La campaña, iniciada en 1922, tenía como ideario y bases a la obra "La Regulación de la Natalidad -Brújula del Hogar- Medios Seguros y Científicos para evitar la Concepción", de la Dra. Margaret Sanger, editada por la Imprenta Mayab, S.A., siendo distribuida por la Liga Central de Resistencia del Partido Socialista del Sureste. Su contenido era el siguiente:

1. Hay que mejorar a la humanidad; proteger a los niños que aún no han nacido, evitándoles una existencia miserable, enfermiza, de candidatos seguros a llenar tumbas prematuras, porque la sociedad les negó el derecho a pan, techo, abrigo e instrucción.
2. Que los padres solamente deben desear y tener los hijos que puedan sostener debidamente.
3. Los niños sólo deben nacer cuando se desean, o sea el resultado de una selección inteligente, amorosa. Nunca por casualidad, pasión o instinto ocasional.

4. Educar al pueblo conforme a un nivel de vida sexual más alto, noble y humano.
5. Se acepta la premisa de que los ricos disponen de recursos económicos y técnicos para permitir evitar la concepción a su arbitrio; pero los pobres tienen hijos año tras año, en medio de la escasez, la ignorancia y los sufrimientos.
6. La regulación de los nacimientos es una necesidad ineludible de la sociedad moderna, tanto por motivos económicos, como por superación de la especie humana. Hay que evitar la multiplicación instintiva e irracional que degrada y minimiza al hombre.
7. El ideal para una sociedad moderna es que la planificación familiar -- sea hecha por el Estado mediante instituciones de servicio público, debidamente estructuradas.

La segunda declaración pública en favor del movimiento de la planificación familiar en México fue la conferencia sustentada por la Lic. Esperanza -- Velázquez Bringas, pionera del movimiento feminista en México, el 22 de febrero de 1922, en el Distrito Federal, en la Liga de Maestros Nacionalistas, sobre la limitación racional de la familia como medio de mejorar sus condiciones el proletariado y la especie humana en general.

En 1925, Don Plutarco Elías Calles inauguró 3 clínicas de planificación familiar en México.

Al explotarse en México por parte de la Industria del Barbasco y del -- Cabeza de Negro, los materiales activos de progestágeno para la elaboración de pastillas anticonceptivas, se intensificaron las investigaciones en relación con la biología de la reproducción, sobre todo en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Con todos estos antecedentes como base surgieron diversas instituciones dedicadas a la planificación familiar, sobre todo de carácter privado, apareciendo en primer lugar la Asociación Pro-Salud Maternal, A.C., después la Fundación para Estudios de la Población, A.C. En 1972 se creó el Departamento de Planificación Familiar Voluntaria del Instituto Mexicano del Seguro Social, en 1975 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado y la Secretaría de Salubridad y Asistencia -- empezaron a prestar ese servicio y en 1977 se fundó el "Plan Nacional de Planificación Familiar".

ASOCIACIÓN PRO-SALUD MATERNAL, A.C. - Es una institución privada, no lucrativa, destinada a prestar servicios en planificación familiar, entrenamiento en población y planificación familiar para médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y llevar al cabo investigaciones clínicas y sociales en torno a dicho tema.

Fue fundada en 1959 como servicio de planificación familiar. Al principio funcionó como un proyecto piloto para determinar si la mujer de más bajo nivel socioeconómico tendría suficiente motivación para adoptar y utilizar anticonceptivos durante largo tiempo, a la vez que trataba de definir cuáles serían los métodos más apropiados para ellas. La Dra. Edris Rice Wray y un grupo de mexicanos fundaron esta Institución.

Durante 7 y medio años fue el único servicio de planificación familiar en México y desde el principio se observó que las mujeres, especialmente las de bajo nivel socioeconómico, tenían motivaciones para buscar consejo en planificación familiar y que adoptarían los anticonceptivos orales, los cuales continuarían usando.

Durante 1973 se estableció en la APSAM el primer Centro de Estudios Andrológicos del Continente Americano, destinado a hacer una activa investigación en el control de la fertilidad en el hombre. Esto, con la firme --- idea de incluir al hombre en los programas de planificación familiar, ya que se había percibido que ningún programa de este tipo podría tener éxito completo si las actitudes y las responsabilidades del hombre para afrontar este problema no cambiaban radicalmente.

Al implementarse el Programa Nacional de Planificación Familiar, APSAM canalizó a las usuarias derechohabientes a las distintas instituciones oficiales donde continuarían asistiendo a los servicios de planificación familiar y, como consecuencia, se concentraron todos sus esfuerzos en servicios especializados, tanto en metodología anticonceptiva, como en el -- campo de la Educación, Información y Comunicación en Planificación Familiar.

En 1964 se estableció la Biblioteca, la cual ha llegado a un alto grado de especialización sobre reproducción humana, anticoncepción y planificación familiar.

Para la APSAM, su biblioteca representa un gran esfuerzo, sobre todo su mantenimiento y actualización y su beneficio es de gran importancia, ya que está abierta al público.

FUNDACION PARA ESTUDIOS DE LA POBLACION.- Es una institución privada, -- no lucrativa, constituida como Asociación Civil el 6 de noviembre de 1965. Está integrada por médicos, sociólogos, demógrafos, economistas, agrónomos, abogados, profesores universitarios, investigadores, psicólogos, --- hombres de negocios y muchos profesionistas, todos ellos conscientes de las graves consecuencias sociales y de toda índole, ocasionadas por la -- falta de un servicio de Planificación Familiar en nuestro país en 1965, - decidieron iniciar un programa integral de educación, investigación y --- servicio, que pudiera hacer llegar este beneficio al sector económicamente débil de la población.

La Fundación esta formada por un Consejo Directivo, un Equipo de Profesionales que desarrollan el Programa, un grupo de Asociados Patrocinadores y un grupo de Asociados Ordinarios. El Consejo Directivo está formado: un Presidente, tres Vicepresidentes, un Director Médico, un Consejero Médico y un Director Ejecutivo.

Los Asociados Patrocinadores constituyen los recursos económicos de la -- Fundación y son aquellas personas o instituciones que contribuyen con cuotas anuales de diferente monto al sostenimiento del Programa.

Los Asociados Ordinarios constituyen los recursos intelectuales de la --- Fundación y son aquellos que pueden contribuir con sus conocimientos científicos, experiencia y prestigio intelectual a la formación de una con---ciencia nacional favorable a la planificación familiar.

PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR VOLUNTARIA

Con el fin de ampliar las prestaciones médicas y sociales que el área médica del Instituto Mexicano del Seguro Social brinda a sus derechohabientes y atendiendo a la demanda manifiesta de éstos para regular el tamaño de su familia, durante el mes de agosto de 1972 se iniciaron las actividades del Programa de Planificación Familiar Voluntaria, que consiste en proporcionar, a través de los servicios médicos del Instituto, tecnología anticonceptiva actualizada, eficaz y adecuada, así como la información necesaria que permita en forma consciente y voluntaria utilizar reguladores de la fertilidad para beneficio individual, familiar y social.

El Gobierno de la República, en su afán de procurar bienestar y salud a un amplio sector de la población marginada del medio rural, dispuso en 1973 modificaciones a la Ley del Seguro Social, que permiten incorporar cada día mayor número de mexicanos al Régimen de Solidaridad Social --- constituido por una red de servicios, por medio de los cuales se imparte el Programa de Planificación Familiar al medio rural.

Dentro del mismo marco de solidaridad social, otro componente importante lo constituyen las Unidades para Población No Derechohabiente, establecidas en áreas urbanas con importante crecimiento demográfico ubicadas en Jalisco, Nuevo León, Guanajuato y Valle de México.

Justificación

- La morbimortalidad materno infantil y sus relaciones con la frecuencia de embarazos y nacimientos no deseados sigue siendo uno de los grandes problemas de salud en nuestro país.
- El aborto es uno de los principales motivos de atención hospitalaria - gineco-obstétrica y es un procedimiento usual para interrumpir el embarazo, que implica riesgos importantes.
- La alta tasa de natalidad constituye un componente importante que limita el desarrollo general del país.
- Existe demanda de planificación familiar que debe ser satisfecha.
- Existe una política nacional de población y de planificación familiar que es prioritaria para la planeación integral del desarrollo del país, dentro de la cual corresponde un papel destacado al Instituto Mexicano del Seguro Social.
- El Instituto cuenta con recursos y tecnología que permiten promover y proporcionar la metodología anticonceptiva necesaria y adecuada.

Objetivos

- Adecuar los patrones del comportamiento reproductivo de la población que se atiende en el Sistema, a las necesidades familiares y colectivas por medio de la educación específica en planificación familiar.

- Prevenir el embarazo no deseado.
- Propiciar el mejoramiento de la salud materna.
- Propiciar una mejor atención integral al niño, principalmente durante la primera infancia, al reducir la frecuencia de embarazos.
- Lograr mediante la participación del IMSS que se haga más congruente el incremento poblacional con la política general de desarrollo del país.
- Acrecentar la participación de elementos comunitarios en las acciones de información, promoción y desarrollo del programa.

Límites

Geográficos

Las localidades y jurisdicciones del país que cuentan con unidades médicas del IMSS.

Cronológicos

Comprende el lapso de 1977 a 1982. (16, 17 y 18).

Universo de Trabajo

Para fines de información, toda la población de las localidades y jurisdicciones del país que cuenten con unidades médicas del IMSS.

Para fines de otorgar los servicios de planificación familiar, las mujeres en edad fértil de la población total adscrita a las unidades del régimen ordinario o de la existente en su área de atención para los regímenes de "no-derechohabientes" y "solidaridad social".

Organización

En atención a la prioridad que tiene el Programa de Planificación Familiar y con el fin de normar, evaluar, asesorar y supervisar la planeación y desarrollo del mismo, se ha creado la Jefatura de Servicios de Planificación Familiar, dependiente de la Subdirección General Médica, cuya estructura se expresa en el Organigrama que aparece en el Cuadro No. 19.

PLAN NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR

Por indicaciones Presidenciales le fue encomendada la tarea de llevar al cabo el Plan Nacional de Planificación Familiar a la Coordinación Nacional de Planificación Familiar, la cual envió una comunicación al C. Presidente de la República planteadole los objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional para su aprobación, la cual a continuación se transcribe:

"SR. PRESIDENTE DE LA REPUBLICA. SEÑORES CONSEJEROS. Cuando al comienzo de la administración del Presidente López Portillo recibimos instrucciones de coordinar las actividades en materia de planificación familiar que desarrollan las instituciones del sector salud, percibimos, a todos sus niveles y en otros sectores de la administración pública, una total identificación con el deseo presidencial de poner lo mejor de nuestro esfuerzo para hacer congruente el crecimiento de la población con el desarrollo económico y social del país.

Como resultado de esta ejemplar colaboración del sector público, hemos logrado cubrir la primera etapa: la elaboración del Plan Nacional de Planificación Familiar, en el cual haremos converger los programas anteriormente iniciados que han sido ampliados, con las acciones diseñadas en este plan que hoy tenemos el privilegio de someter a su consideración en nombre de las instituciones del sector salud, quienes tienen el mérito de haber hecho posible su realización.

Este plan, como documento inicial que propicia acciones más vigorosas en la planificación familiar, está lejos de ser perfecto y esperamos que sea permanentemente enriquecido por los consejos y opiniones de ustedes y por las observaciones y experiencias que obtengamos en el curso del mismo.

Le hemos conferido gran importancia a la planeación y administración de los programas y a la evaluación de los mismos para poder medir y proyectar resultados con la absoluta convicción de saber dónde estamos. Pensamos que si seguimos este camino, llegaremos satisfactoriamente a la meta que se nos ha fijado.

El Plan Nacional de Planificación Familiar está integrado por los programas rural y urbano, que las instituciones del sector salud llevarán a -

cabo como acción prioritaria en todas las entidades federativas. Se complementan ambos, en forma sistemática, con otros programas de apoyo en el área de educación y de investigación biomédica y social.

El documento que nos permitimos presentar, es la síntesis del Plan Nacional, que con oportunidad hemos hecho llegar a las instituciones aquí representadas.

La Coordinación Nacional del Plan, en colaboración con el Consejo Nacional de Población y las instituciones, tanto del sector salud, como de -- otras que se relacionan, intentan que la planificación familiar sea una actitud y acción responsable de la población para mejorar la calidad de vida del individuo, la pareja, la familia y la comunidad.

Objetivos del Plan

10. Promover y prestar servicios de planificación familiar para propiciar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población y disminuir la morbilidad y mortalidad materno-infantil, para dar lugar a una regulación de la fecundidad y así a una reducción de la natalidad en todo el país.
20. Disminuir la incidencia del aborto, al incrementar la práctica de la planificación familiar.
30. Desarrollar programas de educación en planificación familiar para el sector salud, así como de información y orientación formal e informal, que llegue a toda la población.
40. Crear la infraestructura administrativa y de servicios que permita la continuidad y ampliación de los programas de planificación familiar, en todo el ámbito nacional.
50. Organizar los servicios aplicativos para adecuar sistemas de información, supervisión y evaluación, a nivel estatal y nacional.

Metas

1. Meta demográfica.

La meta demográfica del Plan Nacional es reducir la tasa actual de crecimiento de la población mexicana a 2.5 % anual en 1982, incluyendo en especial en la tasa de natalidad. (20).

2. Metas de cobertura de servicios.

Esta meta comprende las coberturas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, las cuales se establecieron en base a la experiencia obtenida desde 1973, y a los recursos con que cuentan dichas instituciones. (21).

Se considera que en 1977 ingresarán al programa 940,000 nuevas usuarias; el total durante el periodo 1977-1982 será de 8'600,000 mujeres en edad fértil, que se incorporarán al programa. Para 1982, la cobertura será de 20.2 % de éstas.

Las metas deberán ser reajustadas conforme a la marcha del programa y a las evaluaciones periódicas que se realicen.

Estrategias

Las estrategias para el logro de los objetivos y metas anteriores son:

1. Aprovechar la experiencia de los programas institucionales desarrollados en los últimos años.
2. Para la extensión de la cobertura en áreas urbanas, suburbanas, -- marginadas y rurales, se incrementará la participación del personal médico y con mayor énfasis la del paramédico y comunitario, así -- como de los agentes tradicionales de salud.
3. Fomentar la participación de la comunidad de manera activa y organizada en la promoción y operación de los programas.
4. Promover la acción y colaboración de los líderes y agentes de cambio en la difusión y apoyo de los programas.
5. Establecer una política de descentralización de los servicios, con especial atención a la formulación y desarrollo de la Coordinación dentro del sector salud y con otros sectores de la administración pública.
6. Fomentar y coordinar la investigación biomédica y social, aplicada a los programas.

7. *Desarrollar un sistema de información que permita el conocimiento actualizado del rendimiento de los programas.*
8. *Colaborar con las instituciones de educación formal e informal, en la motivación y orientación sobre planificación familiar, para los diversos sectores de la población y en la formación de los recursos humanos necesarios para los programas.*

Al someter a su consideración este Plan Nacional, es importante enfatizar que por sí sola la planificación familiar no logrará el descenso de fecundidad, si estos programas no son asociados con actitudes que contribuyan al desarrollo económico y social.

En este sentido, la ampliación de la cobertura de servicios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia a las áreas rurales, la apertura de los servicios médicos de campo del Instituto Mexicano del Seguro Social, en sus actividades de medicina preventiva, materno infantil y planificación familiar y la participación de otros sectores como el agropecuario, el de educación y para el desarrollo social e integral de la familia, nos permitirán complementar los programas de planificación familiar con los del desarrollo económico y social.

Mientras tanto los programas existentes, predominantemente urbanos, se han incrementado. Asimismo, se han iniciado los programas para las áreas rurales.

Para 1977 la meta de este plan es la de incorporar a la planificación familiar a 940,000 nuevas usuarias. Los informes obtenidos durante el primer semestre del año en curso, nos indican que las instituciones del sector salud han captado a 425,200 nuevas usuarias, hecho que corresponde al 90.4 % de la meta establecida para el semestre. Es importante señalar que en estos datos no se incluye a la totalidad de las unidades operativas, lo cual habla de un subregistro por defecto de los sistemas de información institucionales.

Lo anterior nos indica, que han existido y existen limitaciones en los sistemas de información para identificar el número de usuarias nuevas y activas, que son éstas en última instancia, las que influyen en el cumplimiento de la meta demográfica.

A este aspecto se ha dado prioridad, por lo que estamos insistiendo en: desarrollar sistemas de información confiables, que nos permitan obtener datos para la evaluación constante del plan, proceso que facilitará la oportuna toma de decisiones para la orientación más adecuada.

Complemento importante de lo anterior, es el diseño de sistemas de administración en planificación familiar. Tenemos que reconocer que no existe experiencia en México al respecto, por lo cual éste es otro de los aspectos prioritarios que se han programado para el futuro inmediato.

La meta demográfica del Plan Nacional para 1982, implica un enorme compromiso, pero, todos los responsables de los programas nos sentimos atraídos por este fascinante reto.

La necesidad de continuar el plan más allá de éste y otros sexenios, nos obliga a crear una sólida estructura que permita llegar al año 2000 con una tasa de crecimiento de 1.0%. Para lograrlo, se requiere de un proceso continuo para la formación de recursos humanos, con preparación superior a la actual y que consolide los esfuerzos presentes.

Este plan, que hemos tenido el honor de presentar, es el resultado de la valiosa y entusiasta colaboración de las instituciones del sector salud que fueron responsables de la elaboración del mismo.

Frente a nuestros problemas hemos tenido que buscar nuestras propias soluciones. Este plan no tiene elementos extraños a nuestro medio, hemos tenido que construir un modelo propio, un modelo mexicano y así lo queremos conservar.

Señor Presidente de la República, Señores Consejeros, Esta es la síntesis del Plan Nacional de Planificación Familiar, que respetuosamente sometemos a su consideración".

Esta comunicación fue leída con motivo de la Novena Sesión del Consejo Nacional de Población, a la cual el Señor Licenciado José López Portillo, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, contestó con las siguientes palabras:

"Agradezco el esfuerzo que significa la elaboración de este Plan y los felicito por su concepción, por su elaboración y por su exposición. Recientemente incorporada como política a las tareas de nuestro desarrollo, es hasta ahora que la consideramos ya dentro del propio plan con fijación específica de metas. La circunstancia de que la consideramos así, constituye -este aspecto poblacional- una de las piedras clave de nuestro desarrollo.

Yo quisiera que nos impusiéramos de las consecuencias de fijarnos metas tan precisas como las que estamos aquí indicando. Si el servicio es a la población, los problemas cuantitativos y cualitativos de ésta son -- los problemas del desarrollo, tanto el económico como el social. En -- consecuencia, la concepción que tengamos del desarrollo mismo de la población, es la base de todos los procesos que después, sobre ésta, vayamos cumpliendo.

Si con la presentación de los específicos planes de desarrollo económico y social hemos destacado la interdependencia e interinfluencia de -- todos los sectores entre sí, evidentemente conexos en la realidad, en -- este aspecto el punto es --pudíramos decirlo-- absoluto. El esfuerzo tiene que ser totalizador, intersectorial, de modo tal que podamos aprovechar todos los recursos de inducción de que dispone el Estado Mexicano, y digo esto porque --subrayo como ya lo hizo el señor Secretario de Gobernación y está implicado en las intervenciones que acabamos de escuchar-- tenemos que tomar decisiones respetando la libertad del ser -- humano, de la pareja y de la igualdad de los sexos.

En estas condiciones, la necesidad de aprovechar íntegros los recursos de inducción es fundamental. Yo entiendo que este Plan y este programa son el resultado de un intercambio de criterios, de una suma de recursos que desembocan en una política que permite plan y programa.

En estas condiciones, señores, puestas a mi consideración las decisiones que entrañan estos documentos, de mi parte, como Presidente de la República, quedan autorizados para incorporarlos --y me estoy dirigiendo al señor Secretario de Programación y Presupuesto-- al plan global -- como una de sus bases fundamentales, en función de cuyos aspectos cuantitativos podremos desarrollar los que van entrañándose en el resto de los sectores.

Por primera vez en nuestra historia tomamos una decisión institucional en materia poblacional. Muchas otras más se seguirán. Estoy absolutamente consciente de la serie de severas limitaciones que tenemos en todas las áreas, particularmente en las rurales. Que estas limitaciones no nos impidan llevar adelante esta seria, fundamental decisión para el desarrollo del país.

Señores, muchas gracias por su concurrencia y los felicito por su trabajo".

**MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DISPONIBLES
EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

ANTICONCEPTIVOS DISPONIBLES:

Las acciones de planificación familiar constituyen un ejemplo de cómo la ciencia aplicada a la salud permite solucionar problemas tan serios como el aborto provocado, los embarazos no deseados, las implicaciones psicosociales del hijo rechazado y otros factores que dan origen a la desintegración familiar. Existen diferentes métodos anticonceptivos:

Productos Hormonales:

- Progestágeno sintético combinado de 0.150 mg.
- Progestágeno sintético combinado de 0.500 mg.
- Progestágeno sintético combinado de 1 mg.
- Progestágeno sintético secuencial 11 + 10
- Progestágeno sintético secuencial 14 + 7
- Progestágeno sintético continuo de 0.350 mg.
- Progestágeno sintético continuo de 0.030 mg.

Dispositivos intrauterinos:

- Asa de Lippes (dispositivo intrauterino inerte que tiene la forma de doble S y que se presenta en diferentes tamaños, que varían en su grosor y en su medida transversal)
- Dalkon Shield (dispositivo no activado, flexible y con forma de escudo oval. De sus bordes laterales emergen pequeños apéndices que sirven para fijarse a la cavidad uterina)
- 7-Cu (siete de cobre) (Dispositivo activado con 200 mm² de cobre colocados en la rama longitudinal, tiene la forma del número 7 y para su inserción se utiliza un aplicador delgado que consta de funda y embolo)

Espermaticidas:

- Se consideran dentro de los métodos tradicionales y son conocidos y manejados desde la antigüedad. Los espermaticidas principales que han tenido distribución comercial están compuestos de diversas sustancias o bases no reactivas que les sirven de vehículo, dependiendo de la forma de presentación que se destine en óvulos, jalea, crema o espuma en aerosol.

Métodos quirúrgicos:

- Son procedimientos irreversibles que se practican con el objeto de impermeabilizar las trompas de Falopio en la mujer y los conductos deferentes en el hombre.

La esterilización tubaria se practica por vía abdominal, vaginal o ebdouterina, seccionando, ligando o cauterizando las trompas.

En el hombre el único medio eficaz es la VASECTOMIA, cuyas técnicas actuales tienen como objeto principal dejar separado el cabo proximal del distal para evitar la recanalización.

La operación consiste en la sección de los conductos deferentes y - ligadura o electrocoagulación de ellos. Evita el paso de los gametos a través de las trompas de Falopio e impide el paso de los espermatozoides a través de los conductos deferentes.

Debe realizarse la vasectomía en todo aquel hombre que lo solicite, utilizando de acuerdo a las características del escroto, una o dos incisiones. Después de identificar y aislar el conducto deferente de la túnica que lo envuelve, se secciona dicho conducto y los extremos se ligarán o electrocoagularán.

En caso de utilizar ligaduras se empleará de preferencia hilo de seda 000, nylon 000, algodón No. 20, o bien catgut crómico 0, haciendo doble ligadura en cada cabo del conducto deferente.

Se incluirá el extremo proximal (abdominal) dentro de la túnica mediante sutura en jareta con catgut simple o medio crómico 4-0, dejando por fuera de la túnica el extremo distal (testicular). Se cerrará la piel mediante puntos sencillos con catgut simple o medio crómico 4-0.

Para seleccionar el método anticonceptivo más adecuado, se deben tomar en cuenta las características médicas y socio-económicas de los solicitantes, los mecanismos de acción de los diferentes métodos, sus efectos colaterales, sus indicaciones y contraindicaciones.

LA VASECTOMIA

VASECTOMIA

La vasectomía (esterilización masculina) es una operación simple que se puede efectuar rápidamente en pacientes externos. La mayoría de los hombres pueden volver a su trabajo poco después de la operación, tiene morbilidad baja y no debería haber mortalidad si se efectúa bajo anestesia local. La operación requiere una técnica estrictamente aséptica e instrumentos simples y no es necesario que el cirujano tenga un ayudante, aunque la presencia de tal persona hace su trabajo más eficiente. La habilidad principal que debe tener el cirujano es tener práctica en vasectomía y estar familiarizado con las complicaciones que pueden ocurrir; la práctica de unas 100 operaciones, es usualmente de más valor que el poseer gran capacidad técnica en cirugía mayor.

La vasectomía es una operación fácil; usualmente se palpa fácilmente el conducto deferente antes de practicar la incisión, el escroto cicatriza rápidamente y la operación tiene la ventaja que puede confirmarse su éxito. Aunque todavía no es una operación reversible en todos los casos, muchos cirujanos han logrado buenos resultados con la reanastomosis

El número de vasectomías realizado por un país depende de la legislación existente al respecto, la actitud de la profesión médica y de las facilidades disponibles para la operación. En los últimos años se ha practicado la vasectomía (llamada también deferentoclasia) en forma creciente y se calcula que más de ocho millones la tienen en la India; en ciertas zonas suburbanas de Estados Unidos, uno de cada seis hombres casados han sido vasectomizados y cientos de miles de operaciones se efect-

tián cada año. Hoy se practica en las zonas rurales y urbanas de la India, en Corea, la República Popular de China, algunos países musulmanes como Pakistán, algunos países católicos como Puerto Rico y Colombia y es aceptada por muchos hombres en las sociedades occidentalizadas.

En ciertas zonas como Escandinavia y Europa oriental la esterilización masculina está parcial o totalmente prohibida por la ley, pero actualmente se está revisando la legislación al respecto.

Con respecto a las actitudes médicas, estas varían mucho; para unos la operación se justifica sólo cuando hay fuertes indicaciones médicas o médicosociales, para otros se puede efectuar con sólo solicitarla. El papel del médico se limita a encontrar las razones médicas o sociales por las cuales no es conveniente para el individuo que la solicita, pero es difícil generalizar cuando hay tanta diversidad de posibilidades. A la conclusión que se llega es que es difícil aplicar criterios rígidos tales como no efectuar la operación, a no ser que la pareja haya pasado de una edad arbitraria o que tenga ya determinado número de hijos.

La deferentoclasia tiene un lugar importante en el plan general de los programas de planificación familiar. Bajo el punto de vista del hombre o la mujer interesados, tienen la ventaja obvia de terminar con otros esfuerzos para controlar la fertilidad. Se sabe que todos los métodos reversibles disponibles tienen una tasa mensurable de fracasos si se usan durante cierto número de años.

En muchos países, la pareja alcanza el tamaño de la familia deseado, - cuando la mujer está todavía en la veintena o al comienzo de la treintena; si se continúa usando un método reversible, como el dispositivo - intrauterino por ejemplo, durante los 10 ó 15 años que sigan al último embarazo planeado, un tercio de las parejas pueden tener uno o más embarazos indeseados antes de la menopausia.

La esterilización en el hombre, frecuentemente es el método de control de la natalidad que presenta menos riesgo comparado con los efectos colaterales y los embarazos indeseados que se observan con los métodos -- reversibles usados por largo tiempo.

Hay que tener en cuenta que el firme deseo de esterilización de la pareja experimentado durante un largo período es más significativo que la decisión tomada apresuradamente. En general, sería conveniente la esterilización como un procedimiento que rara vez se rechaza, pero que -- puede postergarse con frecuencia.

A veces hay razones técnicas para efectuar la esterilización en el momento de un parto o un aborto; sin embargo, en esos momentos y especialmente en el caso del aborto, la pareja puede no estar preparada para -- decidir serenamente.

Una desventaja de la vasectomía es que la esterilización no es inmediata, los espermatozoides tardan cierto tiempo en desaparecer del eyaculado, lo cual obliga a tomar medidas anticonceptivas durante el intervalo.

El estudio de un pequeño grupo de hombres realizado en los Estados Unidos demostró que los espermatozoides desaparecieron del eyaculado después de haber tomado 10 muestras, independientemente del tiempo transcurrido desde que se realizó la operación. Bajo el punto de vista médico, es importante insistir en que, por lo menos, deben ocurrir 12 eyaculaciones antes de tomar la primera muestra para ver si el semen está libre de espermatozoides.

Antes de poder decir que la operación tuvo éxito deberán tomarse dos muestras libres de espermatozoides del hombre vasectomizado. En ciertas circunstancias no se puede confiar en que el hombre vasectomizado volverá -- para los análisis, o no hay las facilidades para examinar el semen; por lo tanto, en tales casos es conveniente proveer de 15 condones para que los utilice tan pronto como se reanuden las relaciones sexuales.

Efectos Colaterales Emocionales.

Se han estudiado los efectos colaterales emocionales en otros países, ya que en México la vasectomía es relativamente un método nuevo. Casi todos los estudios han demostrado que hay una mayoría abrumadora de hombres que están satisfechos de la operación. Existe conflicto de opiniones que posiblemente reflejan las actitudes de los observadores, además de diferencias reales en las respuestas de los hombres vasectomizados.

En términos generales, parece que el 90 % de los sujetos están tan satisfechos de la operación que la recomiendan a sus amigos; sin embargo, una proporción de ellos demuestra cierto grado de ambivalencia después de una

entrevista inquisitiva, de cualquier manera no se sabe si esto significa que se deplora la vasectomía en sí, pues no se ha estudiado el grado en que se puede generar esta ambivalencia con un interrogatorio profundo.

En muy raros casos se queja un hombre de impotencia después de la operación; usualmente estas personas tienen antecedentes de problemas psicológicos previos, o han recurrido a la operación para traer a la superficie problemas subyacentes.

En un pequeño grupo de hombre, las quejas a largo plazo, de dolor genital o hiperestesia testicular pueden ser de la misma categoría que los problemas psicológicos, pero en tales casos deberán excluirse por completo las causas orgánicas.

Cuando se detectan efectos colaterales emocionales, usualmente pueden atribuirse a descontento con la decisión de tener la operación y la mejor forma de reducir estas complicaciones psicológicas a largo plazo, es conversar y discutir detenidamente antes de la operación. Además, se puede considerar la reanastomosis para algunos de los hombres que se quejan de dificultades psicológicas postoperatorias.

LA CARACTEROLOGIA

CONCEPTOS GENERALES SOBRE CARACTER

Existe la hipótesis de que las opiniones sostenidas en un momento dado son relativamente indignas de confianza si las circunstancias cambian drásticamente. Se supone que sólo aquellas opiniones que están arraigadas en la estructura de carácter de una persona constituyen poderosas motivaciones para la acción. De esto se desprende que únicamente si conocemos la estructura de carácter de las personas se puede predecir su probable reacción hacia determinado asunto.

El llamado "comportamiento" en gran parte está determinado por la estructura de carácter. En el sentido dinámico de la psicología analítica se denomina carácter a la forma específica impresa en la energía humana, debido a la adaptación dinámica de las necesidades de los hombres a los modos peculiares de existencia de una sociedad determinada.

Otra función importante del carácter, en el sentido dinámico, es que unifica la acción de una persona. Esta función de unificación es importante porque de otra manera la fricción entre las tendencias conflictivas daría por resultado un notable desperdicio de energía en todo el sistema, lo que daría lugar a una vida bastante precaria.

Freud demostró que las experiencias tempranas de la niñez ejercen una influencia decisiva sobre la formación de la estructura del carácter.

Los padres no solamente aplican las normas educativas de la sociedad -- que les es propia, sino que también, por medio de sus propias personalidades, son portadores del carácter social de su sociedad o clase. Por lo tanto, la familia puede así considerarse como el agente psicológico -- de la sociedad.

Se supone que las experiencias de la infancia no son tan sólo básicas -- para la formación del carácter, sino que además son fijas y no están sujetas a cambio, esto de acuerdo a la teoría de la personalidad de Sigmund Freud, pero Fromm nos dice que sí existe la posibilidad de un cambio posterior. La importancia de las experiencias infantiles no excluye de -- ninguna manera cambios posteriores en el carácter del adulto, es decir, -- mientras que el carácter bajo la influencia de las primeras experiencias se forma en los primeros años, la estructura normalmente es lo bastante flexible para que los cambios ocurran en un período posterior.

Cuando las circunstancias cambian de manera importante, el niño, e incluso el adulto, tiene la posibilidad de manifestar orientaciones que han -- estado latentes y que son más adecuadas para afrontar las nuevas circuns-- tancias. El sistema de carácter inicial no desaparecerá, sino que, por una parte, será reemplazado y, por otra, se mezclará con una nueva es-- t-- tura de carácter que puede no ser radicalmente diferente de la origi-- nal, pero sí lo suficientemente para crear un conjunto muy diferente de rasgos de carácter motivadores. Si esto no fuera así, no podría haber -- ningún cambio de carácter por medio de la intervención psicoanalítica.

Es muy importante hacer notar que el conjunto de rasgos de carácter forman un sistema y, como en el caso de cualquier otro sistema, un cambio en el sistema es posible sólo si toda una serie de circunstancias son modificadas de manera tal, que se aplique al sistema en general y haga que se manifiesten otros sistemas que hasta entonces habían permanecido latentes.

Desde el punto de vista psicoanalítico, un rasgo de carácter es una parte cargada de energía del sistema entero de carácter, que puede ser comprendido completamente sólo si se comprende todo el sistema. Los rasgos de carácter son la raíz de los rasgos de conducta y un rasgo de carácter puede manifestarse en uno o más rasgos de conducta diferentes.

El carácter social comprende tan sólo una selección de los rasgos que -- constituyen la estructura de la personalidad de éste o aquél individuo. Los rasgos de carácter, por otro lado, son parte de un sistema dinámico, como lo mencionamos antes, el sistema del carácter que es la forma relativamente permanente en que la energía humana se estructura en el proceso de relacionarse con los demás y de asimilar la naturaleza, es el resultado de la interacción dinámica del sistema-hombre y el sistema-sociedad en que vive.

El carácter en el sentido dinámico se convierte en sustituto del instinto, ya que la conducta instintiva apenas existe en el hombre.

La función subjetiva del carácter para una persona normal es la de conducirlo a obrar de conformidad con lo que es necesario desde un punto de vista práctico, así como a experimentar una satisfacción psicológica derivada de su actividad, ya que una vez que en una estructura de carácter se han originado ciertas necesidades, toda conducta conforme con aquellas resulta al mismo tiempo psicológicamente satisfactorias y de utilidad práctica, desde el punto de vista del éxito material. Mientras una sociedad siga ofreciendo simultáneamente esos dos factores, se da una situación en la que las fuerzas psicológicas están cimentando la estructura social.

Si el carácter de un individuo se ajusta de manera más o menos fiel a la estructura del carácter social, las tendencias dominantes de su personalidad lo conducirán a obrar de conformidad con aquello que es necesario y deseable a la cultura en que vive. Por ejemplo, una mujer de la clase baja, al realizar sus compras en el mercado, se siente feliz tan sólo por el ahorro de diez centavos, lo mismo que otra persona, con un carácter distinto, lo estaría con el goce del placer sensual. Esta satisfacción psicológica se produce no solamente cuando un individuo obra de conformidad con las demandas que surgen de la estructura de su carácter, sino también cuando lee u oye la expresión de ideas que lo atraen por la misma razón.

La aplicación de categorías psicoanalíticas al estudio de los grupos sociales mediante el minucioso examen de la personalidad de cada uno de

sus miembros, junto con la observación simultánea de los datos socioeconómicos y los patrones culturales, utilizando métodos estadísticos en el análisis de los datos, es muy necesaria.

El carácter social surge de la adaptación dinámica de la naturaleza humana a la estructura social. Los cambios en las condiciones sociales originan cambios en el carácter social, es decir, dan lugar a nuevas necesidades, nuevas angustias; en otras palabras, las condiciones sociales ejercen influencias sobre los fenómenos ideológicos a través del carácter.

El concepto de carácter social se basa en la premisa de que hay una estructura de carácter común a la mayoría de los miembros de los grupos o clases dentro de una sociedad dada. Se refiere a una "matriz de carácter", un síndrome de rasgos de carácter que se ha desarrollado como una adaptación a las condiciones económicas, sociales y culturales comunes a ese grupo. Al adaptarse a las condiciones sociales, el hombre desarrolla aquellos rasgos que le hacen experimentar el deseo de obrar justamente - de ese modo en que debe hacerlo.

El carácter social internaliza las necesidades externas enfocando de este modo la energía humana hacia las tareas requeridas por un sistema económico y social determinado. Antes, o después, sin embargo, se produce un atraso. Mientras todavía subsiste la estructura del carácter tradicional, surgen nuevas condiciones económicas con respecto a las cuales -

Los rasgos de ese carácter ya no son útiles. La gente tiende a obrar de conformidad con su estructura de carácter, pero pueden ocurrir dos cosas: Sus mismas acciones dificultan sus propósitos económicos, o bien, los individuos ya no hallan oportunidades suficientes que les permitan obrar - de acuerdo a su "naturaleza".

Este retraso entre la evolución psicológica y la económica tuvo por consecuencia una situación en que las necesidades psíquicas ya no lograban su satisfacción al través de las actividades económicas habituales. --- Además, este retraso a menudo es dañino a las clases y sociedades que no pueden adaptarse a los requerimientos de las nuevas circunstancias, porque su carácter tradicional dificulta la adaptación de su conducta. Es precisamente este retraso y la terquedad con que persiste el carácter -- tradicional, lo que dificulta explicar la conducta exclusivamente como - aprendida o imitada.

Se podría definir la cultura como "la totalidad de todas aquellas disposiciones que producen y estabilizan el carácter social". Las ideologías y la cultura en general se hallan arraigadas en el carácter social, el - cual es moldeado por el modo de existencia de una sociedad dada; asimismo, los rasgos caracterológicos dominantes se vuelven también fuerzas -- constructivas que moldean el proceso social.

Se puede comprobar que las fuerzas económicas, psicológicas e ideológicas operan en el proceso social de este modo: El hombre reacciona fren-

te a los cambios en la situación externa transformándose él mismo, mientras, a su vez, los factores psicológicos contribuyen a moldear el proceso económico y social.

La función social de la educación es la de preparar al individuo para el buen funcionamiento de la tarea que más tarde le tocará realizar en la sociedad, esto es, moldear su carácter de manera tal que se aproxime al carácter social.

Las ideas pueden llegar a ser fuerzas poderosas; pero, sólo en la medida en que satisfagan las necesidades humanas específicas que se destacan en un carácter social dado. Con frecuencia se supone que las nuevas tareas y modos cambiantes de funcionamiento tan sólo requiere instrucción y un poco de adiestramiento técnico; aun si éstos son inmejorables, su carácter personal seguirá siendo un obstáculo para ganarse la vida. Muchos intentos de persuadir, alentar u obligar a las personas a cambiar han fracasado, en parte, porque los planificadores no han entendido o respetado su carácter.

Se requiere un cambio de carácter antes de que la instrucción y el nuevo conocimiento tecnológico sean de importancia decisiva.

El hombre tiene que cumplir dos funciones a fin de sobrevivir, las cuales son: El proceso de asimilación y el proceso de socialización. Por medio del primero se proveen las necesidades materiales y se aseguran las necesidades de supervivencia del grupo en términos de procreación y

la protección de la descendencia; para esto existen formas específicas en que el hombre puede asimilar las cosas para su propio uso, lo cual - está íntimamente ligado con su carácter, siendo éstas: Recibiendo pasivamente (carácter acumulativo), tomando por la fuerza (carácter explotador), acumulando cuanto tiene (carácter acumulativo) o produciendo por medio de su trabajo lo que necesite (carácter productivo).

El otro proceso, el de socialización, significa relacionarse como una - necesidad social, porque ninguna organización podría sobrevivir a menos que sus miembros tuvieran algún sentimiento de relación entre ellos. - Las personas pueden relacionarse con los demás de manera simbiótica (sádica o masoquista), en forma puramente destructiva, en forma narcisista o en forma amorosa.

ANTECEDENTES HISTORICOS DEL CARACTER:

Se utiliza la palabra CARACTER para designar los hábitos, rasgos, actitudes e intereses en tanto son tendencias determinantes distintivas del individuo. El término caracterología fue utilizado en primera ocasión por J. Bahnsen en el año de 1867 y lo hizo para explicar o describir -- formas de la individualidad humana.

En tiempos pasados se hacían las descripciones de tipos humanos, existiendo 6 escuelas distintas de pensamiento: la caracterología literaria, la psicología humoral, la fisiognómica, la frenología, la etología y la caracterología experimental.

Dentro de la caracterología literaria sobresale Teofasto, quien describió 30 caracteres, hace 2,200 años, los cuales comenzaron con una definición del rasgo dominante y continuando con ejemplos típicos de la actuación de dicho rasgo. La Bruyere se limitó a bosquejar retratos que reflejaban cierto estilo de vida coherente. Para él constitulan una estructura compleja, pero unificada, las cualidades físicas, el porte, - las maneras y el modo de hablar. En el drama, las biografías, la ficción y la poesía, se hicieron magníficos estudios de la personalidad. Se expusieron los rasgos de una persona, captados por el artista con elegancia, precisión y delicadeza.

En la psicología de los humores, se basa en la creencia de que el hombre es un reflejo microcósmico de la naturaleza y, por lo tanto, debe ex---

presar en su propio ser todas las propiedades del cosmos. Empédocles [450 A.C.] tomó los 4 elementos, derivándose de ellos ciertas propiedades:

<u>Elementos</u>	<u>Propiedades</u>
aire	caldo y húmedo
tierra	frío y seco
fuego	caldo y seco
agua	frío y húmedo

En el año 400 A.C., Hipócrates creía que el temperamento de cada persona se determinaba de acuerdo a la cantidad de humor que tenía en su -- cuerpo, por ejemplo:

<u>Humor</u>	<u>Temperamento</u>
sangre	sanguíneo
bilis amarilla	colérico
bilis negra	melancólico
flema	flemático

Actualmente sabemos que determinadas sustancias químicas afectan la actividad del hombre, en su sistema nervioso, y que el temperamento está condicionado por la química del cuerpo.

Se llama FISIOGNOMICA al arte de descubrir las características de la -- personalidad basándose en la apariencia exterior y según la configuración, forma o expresión de la cara. A Aristóteles es al primero que -- se le atribuye este tipo de estudio, el cual se basa en tres métodos:

En el primero trataba de buscar las semejanzas que existían entre el aspecto de los hombres y de los animales y afirmaba que cuando la figura de un hombre nos recuerda la de un animal, dicho hombre debería estar dotado de las cualidades psíquicas similares a las del animal, por ejemplo zorra-astuto.

El segundo método se refería a la tipología racial, el color de la piel.

El tercer método tomaba como base las expresiones faciales provocadas por la emoción, se trataba de encontrar en la cara las huellas musculares que denotaran hábitos de irritación, cobardía o sensualidad en pensamiento y expresión.

Existían dos tipos diferentes de diagnóstico fisiognómico, uno se basaba en la estructura ósea y el otro en la disposición muscular.

Ernest Kretschmer, en el año de 1921, publicó su libro "Constitución y Carácter", en el cual indicaba que los pacientes de demencia precoz presentaban aspecto frágil y alargado (asténicos) y que los maníaco-depresivos su aspecto era corto y redondo (plénicos). Hablaba además del "atlético" y el "displástico". Ahora sabemos que dicha teoría se refiere sólo a aspectos temperamentales, ya que él afirmó que el carácter está determinado en forma innata y nosotros sabemos que el temperamento es lo que es constitucional (dentro de la constitución del individuo).

John Kaspar Lavater (1741-1801), indicó que todos los rasgos del cuerpo son coherentes y concordantes entre sí, pensaba que todas las formas de expresión proceden de una personalidad central, unificada y, por lo tanto, deben armonizar entre sí y revelar la organización de la personalidad interior.

La FRENLOGIA, fue enunciada por primera vez por Franz Joseph Gall --- (1758-1828), quien utilizó el término de "organología" para su teoría. Sus contribuciones al estudio del carácter fueron las siguientes:

- La idea de que la mente y el cuerpo no son dos entidades separadas, sino que están inextricablemente vinculados. Su intención era dar lugar, a través de sus estudios biológicos, a una unificación conceptual de la relación mente-cuerpo, que ayudara a la comprensión de la personalidad humana.
- Hizo un servicio al llamar la atención sobre las diferencias humanas y al establecer la distinción entre facultades universales (nomotéticas) y las caracterológicas (individuales).

Gall expuso que la personalidad está naturalmente organizada en disposiciones más o menos sistematizadas, cada una de las cuales expresa la individualidad de la conducta adaptativa. Librándola de algunos errores, serviría como punto de partida para una psicología moderna de la personalidad, establecida sobre un claro concepto de la naturaleza de los rasgos.

La ETOLOGIA fue la teoría de John Stuart Mill, quien propuso la formación de una ciencia exacta de la naturaleza humana, con interdependencia de la psicología, la literatura y el sentido común. Según Mill, sólo los principios explicativos de la caracterología podían ser derivados de la ciencia de la psicología, y sus datos debían ser sacados de la vida y no del campo experimental. Para él era imposible el experimentar con la caracterología de los humanos.

Shand y McDougall, encontraron en los sentimientos una base adecuada para una psicología de la personalidad, lo que constituyó un fundamento más satisfactorio que el antiguo Asociacionismo.

Fourier distribuyó a la humanidad en grupos regionales y vocacionales de acuerdo con su propio esquema de los tipos de carácter. Clasificó a los hombres por el número de motivos dominantes que poseen y de acuerdo a la naturaleza de esos motivos. Dividió a los motivos en "dominantes" y "tónicos", utilizando los primeros para denominar a los propósitos conductores y a los segundos para referirse al calor, sabor y estilo en la ejecución del propósito.

Konrad Lorenz es el representante actual de la Etología. Para él la agresión es ante todo no una reacción a estímulos externos, sino una excitación interna "consustancial" que busca la soltura y halla la expresión independientemente si el estímulo externo es o no adecuado. Dicho modelo de agresión se califica de "modelo hidráulico", - por analogía con la presión ejercida por el agua o el vapor acumulado en un recipiente cerrado.

Este concepto hidráulico de la agresión es uno de los pilares donde se basa la teoría de Konrad Lorenz y se refiere al mecanismo mediante el cual se produce la agresión. El otro pilar es la idea de que la agresión está al servicio de la vida y sirve para la supervivencia del individuo y de la especie.

La caracterología Experimental se debe a Sir Francis Galton, quien propuso que las normas de la experimentación fuesen aplicadas directamente al estudio de formas personales y particulares de la conducta. Llegó a la convicción de que todos los actos del hombre parecen estar incluidos en el campo de la causa-consecuencia, llegando a la conclusión de que el carácter que configura nuestra conducta es un "algo" definido y duradero y que, por lo tanto, era razonable intentar medirlo. -- Para ello utilizó métodos estadísticos, en especial los de correlación.

Desde épocas remotas se tenía preocupación por los rasgos individuales de las gentes. Homero mencionaba el "Arete" para designar la excelencia humana, las reacciones y las cualidades del espíritu y su fuerza dominante, constituyendo lo que llamaríamos la "fisonomía del alma". - Sintetizó el carácter de cada ser en sus rasgos particulares, observándose que el desarrollo y la conservación del carácter del hombre, - su formación, sus cualidades y sus vicios dependen de su iniciativa -- propia, de su educación, de la familia y de la sociedad.

La "Paideia" en Grecia, era toda la formación estructural que determinarla, desde luego con el concurso del espíritu de cada quien, el carácter individual.

Solón concebía la actuación del ser humano en relación con su "realidad social". Tales y Anaximandro tomaron el carácter como consecuencia del devenir eterno de la naturaleza. Spinoza, afirmó que "el espíritu, la materia y las combinaciones que forman, no eran más que atributos distintos de una misma sustancia eterna, infinita, existente por sí misma, -- que es Dios", "el mundo, por lo tanto, es el conjunto de diferentes modos con que se presentan dichos atributos y todos los rasgos y actitudes del ser, estarían determinados por la influencia naturaleza-Dios".

Aristóteles afirmaba que cuando el ser muda o cambia, realiza en sí mismo cualidades que en él eran sólo posibles pero efectivas; el cambio es el paso de la posibilidad a la realidad. El acto es realmente lo que constituye el ser, el poder es lo que no tiene actualmente la forma. El acto puro es el pensamiento, como el principio informador de todo lo real en cuyo sentido llamaba Aristóteles el alma, la entelequia del cuerpo, de donde la concepción total del mundo pudiera llamarse intelectualismo activo.

La psicología contemporánea ha realizado, basándose en los postulados arriba descritos, vastos estudios. En algunos aspectos ha modificado totalmente la concepción del carácter que se tenía en la antigüedad y en otros aspectos sólo la ha ampliado.

Los rasgos de carácter siguen siendo considerados como sinónimos de rasgos de conducta por los psicólogos conductistas. Ellos definen el carácter como "el patrón de conducta característico de un individuo dado".

Freud desarrolló la más consistente teoría del carácter, como un sistema de impulsos subyacentes a la conducta, pero no idénticos a ella. Se puede establecer una comparación entre los rasgos de conducta y los rasgos de carácter. Los rasgos de conducta son considerados como acciones observables por una tercera persona. Por ejemplo, el rasgo de conducta "ser valiente" puede definirse como la conducta dirigida a lograr una meta a pesar de las adversidades; sin embargo, si investigamos la motivación y, particularmente, la motivación inconsciente de tales rasgos de conducta, encontramos que éstos encierran numerosos y completamente diferentes rasgos de carácter. La conducta valiente puede ser motivada por la ambición, ideas de suicidio, por falta de imaginación o por una genuina devoción a una idea o un fin. La conducta en todos estos casos se puede decir, que es superficialmente la misma, a pesar de las diferentes motivaciones.

El concepto de la motivación inconsciente de Freud está muy relacionado con su teoría de la naturaleza conativa de los rasgos de carácter. El reconoció que el estudio del carácter trata de las fuerzas que motivan al hombre, reconoció la cualidad dinámica de los rasgos de carácter y sostuvo que la estructura del carácter de una persona representa una forma particular en la cual la energía está encauzada en el proceso de vivir.

TIPOS DE CARACTER SEGUN FROMM

La teoría caracterológica de Fromm sigue a la caracterología de Freud en algunos puntos esenciales: en el concepto de que los rasgos de carácter son subyacentes a la conducta, en que constituyen fuerzas de -- las que la persona puede estar completamente inconsciente y en el concepto de que la entidad fundamental en el carácter no es el simple -- rasgo, sino la organización total del carácter, de la cual deriva una cantidad de rasgos singulares.

La principal diferencia entre la teoría de Fromm y la de Freud, consiste en que no se considera como base fundamental del carácter a los diferentes tipos de organización de la libido, sino a los modos específicos de relación de la persona con el mundo.

En el proceso de su vida, el hombre se relaciona con el mundo de dos modos: 1) el proceso de asimilación: adquiriendo y asimilando objetos; 2) el proceso de socialización: relacionándose con otras personas y -- consigo mismo. Estas orientaciones por las cuales el individuo se relaciona con el mundo, constituyen la médula de su carácter. El carácter Fromm lo definió como "la manera en que la energía humana es canalizada en los procesos de asimilación y socialización". Al sistema caracterológico, lo definió como "el sustituto humano del aparato instintivo del hombre".

Fromm señaló los siguientes tipos de carácter:

1. Las orientaciones improductivas

- a) la orientación receptiva
- b) la orientación explotadora

- c) la orientación acumulativa
- d) la orientación mercantil

2. Las orientaciones productivas

- a) el amor
- b) el pensamiento productivo

1. a). - La orientación receptiva. - La persona siente que la fuente de todo bien se encuentra en el exterior y que la única manera de lograr - lo deseado es recibiendo de esa fuente externa. El problema del amor consiste en SER AMADO y no en amar. Como el ser amado por cualquiera - es una experiencia tan sobrecogedora, no discriminan la elección del objeto de su amor. Son personas excesivamente sensibles a todo rechazo o desaire por parte de la persona amada. Si están dotados de inteligencia son los mejores escuchas, si se ven abandonados a sí mismos, se sienten paralizados. Esperan todo de Dios y no de su propia actividad, si no creen en El están siempre en busca de algún auxilio mágico. Muestran - una especie de lealtad basada en gratitud a la mano que los alimenta y el temor de llegar a perder esa mano. Les resulta difícil decir NO, - por lo que se enredan muy fácilmente en situaciones conflictivas. Dependen de toda clase de gente en general para lograr cualquier tipo de ayuda.

El tipo receptivo tiene una gran afición a la comida y a la bebida, de esa manera compensa su ansiedad y depresión. Al soñar, el ingerir alimentos es un símbolo frecuente de ser amado; el sufrir hambre, una expresión de frustración o desengaño.

1. b) La orientación explotadora. - Tiene como premisa básica el sentir que la fuente de todo bien se encuentra en el exterior y que el individuo no puede producir nada por sí mismo. La diferencia con la anterior consiste en que el tipo explotador no espera recibir cosas de los demás en calidad de dádivas, sino quitándoselas por medio de la violencia o - la astucia.

En el terreno del amor y del afecto, tienden a robar y arrebatar y únicamente sienten atracción hacia personas a quienes pueden sustraer del afecto de otros, o sea, que su atractivo depende de si está ligada a -- otros o no. Lo mismo sucede en relación al pensamiento y a los propósitos intelectuales, no produce las ideas sino las plagia de otros. Los objetos que les pueden robar a otros les parecen más interesantes que los que se pudieran conseguir por "motu propio". Su lema es: los frutos ajenos son mejores que los propios. Aman a los sujetos que son objeto de explotación y se cansan de las personas que ya han exprimido. Un -- ejemplo clásico, sería el cleptómano.

Esta orientación suele estar simbolizada por la boca en actitud de morder, que suele ser un rasgo muy prominente en estos sujetos. Toda persona representa para ellos un sujeto de explotación y se le juzga de -- acuerdo con su utilidad. La suspicacia y el cinismo son características de estos sujetos, así como la envidia y los celos. Sobreestiman -- lo que otros poseen y subestiman lo que ellos mismos poseen.

1. c) La orientación acumulativa. - Esta orientación hace que la persona tenga poca fe en cualquier cosa nueva que pueda obtener del mundo

exterior; su seguridad se basa en la acumulación y el ahorro, en tanto que cualquier gasto se interpreta como una amenaza. Se rodean de un -- muro protector y pretenden introducir todo lo que pueden en su fortaleza y no permiten que salga de ella nada. Su avaricia abarca tanto los objetos materiales como los sentimientos y los pensamientos. No dan amor, sino tratan de lograrlo poseyendo al ser amado.

La persona acumulativa demuestra una singular clase de lealtad hacia la gente y hacia los recuerdos, piensa que todo tiempo pasado fue mejor y pueden saberlo todo, pero son incapaces de pensar productivamente.

También se les puede reconocer por sus actitudes faciales y sus facciones: Su boca está caracterizada por la firmeza de sus labios apretados y una actitud de retraimiento. Sus facciones son angulares, como queriendo ampliar la frontera entre su mundo y él.

El tipo acumulativo es extraordinariamente ordenado, metódico en sus cosas, sus pensamientos y sus sentimientos, pero su método es rígido y estéril. No puede tolerar que las cosas estén fuera de su lugar y automáticamente las coloca en orden. Este proceder metódico significa dominar al mundo exterior, acomodarlo y mantenerlo en lugar adecuado para evitar el peligro de la intromisión. Su limpieza compulsiva es otra expresión de su necesidad de anular el contacto con el mundo exterior.

Las cosas no sólo deben estar en su lugar, sino a su debido tiempo, la puntualidad obsesiva es una característica más del tipo acumulativo y representa otra manera de dominar al mundo exterior. Un constante NO

es la defensa casi automática contra la intromisión; una actitud --- "tiesa" al sentarse es la respuesta al temor de ser empujado. Sienten que están dotados de una determinada cantidad de fuerza, energía o capacidad mental que se agota con el uso y que no es recuperable; no -- comprenden la función de aprovisionamiento de toda sustancia viva; la muerte y la destrucción poseen para ellos mayor calidad que la vida y el crecimiento. La creación es un milagro del que oyen hablar pero en el cual no creen; su lema es "nada nuevo bajo el sol".

La intimidad constituye una amenaza en su relación con sus semejantes y el mantenerse distanciado significa seguridad. El individuo del -- tipo acumulativo tiende a ser suspicaz y a poseer un singular sentido de la justicia, o sea "lo mío es mío y lo tuyo es tuyo".

1. d). La orientación mercantil. - Esta se desarrolló como una orientación predominante únicamente en la Era moderna, debido a su función económica del mercado en la sociedad actual, no sólo como algo análogo a esta orientación de carácter, sino como la base y condición principal para su desarrollo en el hombre moderno.

El mercado local tradicional es muy diferente al mercado de la era del capitalismo. En el mercado local el tráfico ofrecía una oportunidad -- para reunirse con el propósito de intercambiar mercancías, se trataba de grupos reducidos y la demanda era más o menos conocida, por lo que el productor ajustaba su producción a una demanda específica. En cam--

bio, el mercado moderno está caracterizado por un mecanismo de demanda abstracta e impersonal, su veredicto se basa en las leyes de la oferta y la demanda y ello determina si la mercancía puede ser vendida y a qué precio.

El concepto mercantil del valor, el énfasis puesto en el valor de cambio más bien que en el valor de utilidad, ha conducido a un concepto -similar de valor con respecto a las personas y en particular con respecto al valor de uno mismo. Fromm llamó orientación mercantil a la -orientación del carácter que está arraigada en el experimentarse a uno mismo como una mercancía, y al propio valor como un valor de cambio.

La orientación mercantil se ha desarrollado rápida y juntamente con -- el desarrollo de un nuevo mercado, el "mercado de la personalidad". _ Empleados y vendedores, hombres de negocios y médicos, abogados y ar--tistas, todos aparecen en este mercado. Aunque todos difieren en su -situación legal y en su posición económica, todos dependen para alcanzar el éxito material de una aceptación personal por parte de aquellos que necesitan de sus servicios o les dan empleo. El principio de la evaluación es el mismo en el mercado de las mercancías que en el de la personalidad, en uno se ofrecen mercancías y en el otro personalidades. El valor es en ambos casos el valor de cambio, para el cual el valor -de utilidad es una condición necesaria, pero no suficiente.

Aunque la proporción entre la habilidad y las cualidades humanas por - un lado, y la personalidad por el otro, como requisitos para el éxito,

varia, el factor personalidad tiene siempre un papel decisivo. El éxito depende en grado sumo de cuán bien una persona logra venderse en el mercado, de cuán bien puede introducir su personalidad, de la clase de "envoltura" que tenga; de si es "jovial" o "profunda", "agresiva", "digna de confianza" o "ambiciosa". Asimismo, cuáles son sus antecedentes familiares, a qué clubes pertenece, en qué escuela estudia, etc. El tipo de personalidad requerido depende también del terreno específico en que una persona desempeña sus tareas. Se debe llenar una condición: estar en la demanda.

El hecho de que para tener éxito sea preciso imponer la propia personalidad, en competencia con muchos otros individuos, modela la actitud de uno mismo. Si para lograr un medio de vida fuera suficiente contar tan sólo con lo que uno es capaz de hacer o sabe, la autoestimación estaría en proporción con la propia capacidad, o sea con el propio valor de -- utilidad; pero, como el éxito depende en gran parte de cómo vende uno su personalidad, uno se experimenta a sí mismo como una mercancía o como el vendedor y la mercancía en venta, simultáneamente. La persona no se -- preocupa tanto por su vida o su felicidad, sino en cómo ser "vendible". Como cualquier artículo, se debe "estar de moda" en el mercado de la -- personalidad y para estar de moda se debe saber qué clase de personalidad es la de mayor demanda. Este conocimiento pasa al través de todo -- el proceso de la educación, desde el kínder hasta las escuelas superiores, y es complementado en la vida familiar.

Las revistas ilustradas, los periódicos y los noticieros cinematográficos ofrecen retratos y biografías de los individuos que triunfan y logran -- éxito en las más variadas esferas. El anuncio ilustrado cumple la misma finalidad. El medio más importante para la transmisión del modelo de -- personalidad más deseable al hombre común y corriente, es la película -- cinematográfica.

En vista de que el hombre se experimenta a sí mismo como vendedor y al -- mismo tiempo como mercancía, su autoestimación depende de condiciones -- fuera de su control. Si tiene éxito es valioso, si no lo tiene, carece de valor. De esto surge un grado de inseguridad muy alto y de ahí que -- el individuo se sienta impulsado a luchar inflexiblemente por el éxito y que cualquier revés sea una grave amenaza a la estimación propia y aparecen sentimientos de desamparo, inseguridad e inferioridad. Si las -- vicisitudes del mercado son los jueces que deciden el valor de cada uno, se destruye el sentido de la dignidad y el orgullo. De esta manera, su sentimiento de identidad se vuelve tan inestable como su autoestimación: "Soy como tú me deseas".

Hoy en día, igualdad ha llegado a ser equivalente de intercambiabilidad y es la negación misma de la individualidad, de la diferenciación. Todos saben cómo se sienten los demás porque cada cual se encuentra en la misma situación: solo, con miedo al fracaso y ansioso por agradar; en esta batalla no se espera ni se da cuartel.

La despersonalización, la vacuidad, la falta de sentido de la vida, la automatización del individuo dan por resultado una creciente insatisfacción y una necesidad de buscar una forma de vivir más adecuada y encontrar normas que guíen al hombre hacia ese fin.

2. La orientación Productiva.- Se refiere a una actitud fundamental, a un modo de relacionarse con todos los campos de la experiencia humana. Incluye las respuestas mentales, emocionales y sensoriales hacia otros, hacia uno mismo y hacia las cosas. La productividad es la capacidad del hombre para emplear sus fuerzas y realizar sus potencialidades congénitas. Debe ser libre e independiente de todos, que nadie controle sus -- poderes, además, implica que es guiado por la razón, ya que sólo se puede hacer uso del poder si sabe lo que es, la manera de usarlo y para qué usarlo. Significa que se experimenta a sí mismo como la personificación de sus poderes y como su "actor", que se siente uno con sus facultades y al mismo tiempo que éstas no estén enmascaradas y enajenadas de él.

La palabra productividad se asocia a creatividad, sobre todo a la creatividad artística, aunque no todos los artistas son productivos.

El hombre no es solamente un animal racional y social, además es un animal productivo capaz de transformar las materias que se encuentran al alcance de su mano, empleando su imaginación y su razón. No solamente --- puede producir, sino que debe producir si quiere vivir. Productividad - significa que se experimenta a sí mismo como la personificación de sus poderes y como su "actor", que se siente uno con sus facultades y al mismo tiempo éstas no están enmascaradas y enajenadas de él.

Con el concepto de productividad no se refiere a la actividad que necesariamente produce resultados prácticos, sino a una actitud, a un modo de reaccionar ante el mundo y hacia sí mismo en el proceso de vivir. Lo que interesa es el carácter del hombre, no su éxito. La productividad es la realización de las potencialidades del hombre. Cuando carece de potencia, la forma de relación con el mundo se pervierte, convirtiéndose en un deseo de dominar, de ejercer poder sobre otros como si fueran cosas. El dominio nace de la impotencia y está ligado a la muerte, la potencia a la vida.

El mundo exterior puede ser experimentado de dos maneras: Reproductivamente, o sea, percibiendo la realidad del mismo modo que una película copia literalmente los objetos fotografiados, y Generativamente, concibiéndola, vivificándola y recreando este nuevo material por medio de la actividad espontánea de los propios poderes mentales y emocionales. Por otra parte, la persona que ha perdido la capacidad de percibir la realidad es un loco. En el psicótico, la verdadera realidad ha sido eliminada y una realidad interior ocupa su lugar. El "realista" percibe solamente los rasgos superficiales de las cosas y actúa manejando a las personas y a los objetos como aparecen en su mente.

El psicótico es incapaz de ver la realidad tal como es. El realista -- deforma la visión de su realidad, por carecer de profundidad y perspectiva, a tal grado que lo hace cometer errores cuando se trata de algo -- más que manejar datos inmediatos y metas de corto alcance. El realismo

es el complemento de la insania. Lo verdaderamente opuesto tanto al realismo como a la locura, es la productividad. El ser humano normal es capaz de relacionarse con el mundo simultáneamente, percibiéndolo tal como es y concibiéndolo animado y enriquecido por sus propias facultades. La productividad no es la suma de estas capacidades, sino que es algo nuevo que brota de esta interacción.

2. a). El amor productivo.- El hombre está solo y separado en el mundo y no siendo capaz de soportar esta separación se siente impulsado a buscar la relación y la unidad. La paradoja de la existencia humana es que el hombre debe buscar simultáneamente la cercanía con los demás y la independencia, y la respuesta a esta paradoja y al problema moral del hombre es la productividad. Se puede estar relacionando con el mundo productivamente, obrando y comprendiendo.

El hombre comprende al mundo, mental y emocionalmente, a través de la -- razón y el amor. Su poder de razonar lo faculta para atravesar la su-- perficie y alcanzar la esencia de su objeto al relacionarse activamente con él, y su capacidad de amar lo faculta para atravesar el muro que lo separa de otras personas y para comprenderlas. El amor y la razón son dos formas diferentes de comprender al mundo y el uno no es posible sin el otro y viceversa.

El concepto de amor productivo es muy diferente a lo que con frecuencia se le llama amor. Difícilmente existe otra palabra que sea más ambigua y desconcertante que la palabra "amor" Es empleada para denotar casi -

todo sentimiento que no sea el odio y la aversión. Las personas llaman amor a su dependencia y también a su posesividad. Creen, en efecto, - que no hay nada más fácil que el amar, que la dificultad radica únicamente en encontrar el objeto adecuado y que su incapacidad para ser feliz en el amor se debe a su mala suerte de no encontrar el compañero -- adecuado, y si bien cada ser humano tiene una capacidad para el amor, - su realización es uno de los logros más difíciles.

El amor genuino está arraigado en la productividad y por eso podrá ser llamado propiamente "amor productivo". A pesar de que los objetos amorosos difieren, así como la cualidad y la intensidad del amor mismo, -- algunos elementos básicos pueden ser considerados como característicos de todas las formas de amor productivo, siendo éstos: el cuidado, la -- responsabilidad, el respeto y el conocimiento.

El cuidado y la responsabilidad denotan que el amor es una actividad y no una pasión que nos vence. El amor no puede estar separado de la responsabilidad y su ejemplo más claro sería el de la madre. Amar a una -- persona productivamente implica cuidar y sentirse responsable de su vida y no únicamente de su existencia física, sino del crecimiento y de--sarrollo de todos sus poderes, significa estar relacionado con su esen--cia humana.

El cuidado y la responsabilidad son elementos constitutivos del amor, pero sin el respeto por la persona amada y su conocimiento, el amor --

degenera en dominación y posesión. Repeto significa: La aptitud para ver a una persona tal como es, de ser consciente de su individualidad y singularidad. No es posible, asimismo, respetar a una persona sin conocerla.

2.b). El pensamiento productivo.- El sujeto en el pensamiento productivo no es indiferente a su objeto, sino que éste le concierne y le afecta. Para él, cualquier persona o fenómeno llega a ser objeto de su pensamiento porque es un objeto de su interés, importante desde el punto de vista de su vida individual o el de la existencia humana en general.

El pensamiento productivo se caracteriza también por su objetividad, -- por el repeto del sujeto pensante por su objeto, por su capacidad de ver el objeto tal como es y no como desea que fuere. Esta polaridad -- entre objetividad y subjetividad es característica del pensamiento productivo, como lo es la productividad en general.

El trabajo, el amor y el pensamiento productivo son posibles únicamente si la persona puede estar, cuando es necesario, sosegada y sola consigo misma. Ser capaz de prestar atención a sí mismo es un requisito previo para tener la capacidad de prestar atención a los demás; el sentirse a gusto con uno mismo es la condición necesaria para relacionarse con -- otros.

Para Fromm, existen tres clases de relaciones interpersonales:

- A. Relación simbiótica: sadismo y masoquismo.
- B. Distanciamiento- destructividad
- C. Amor

A. Relación simbiótica.- La persona se encuentra relacionada con otras, pero pierde, o nunca obtiene, su independencia; rehuye el peligro de la soledad, llegando a ser parte de otra persona, ya sea siendo "absorbente" con esa persona, o siendo "absorbido" por ella, o sea lo que se llama Sadismo y Masoquismo, respectivamente.

A. a). Masoquismo.- Es el intento de despojarse del yo individual, de huir de la libertad y buscar la seguridad adheriéndose a otra persona. - Las formas que tal clase de dependencia adopta son múltiples, puede ser racionalizada como sacrificio, deber o amor. Los impulsos masoquistas se combinan algunas veces con impulsos sexuales y placenteros y frecuentemente se experimentan como dolorosos y atormentadores, debido al gran conflicto que tienen con aquellas partes de la personalidad que se esfuerzan por lograr la independencia y libertad.

A. b). Sadismo.- Es el impulso de absorber a otros. Aparece en toda clase de racionalizaciones, como: amor, sobreprotección, dominio justificado, venganza justificada, etc., y también aparece combinado con impulsos sexuales, como el sadismo sexual. El dominio completo sobre alguna persona impotente constituye la esencia de la relación simbiótica activa.

la relación simbiótica se caracteriza por la cercanía y la intimidad --- con el objeto, aunque a expensas de la libertad y de la integridad.

B. Distanciamiento-destructividad.- El sentimiento de impotencia individual puede ser vencido apartándose de los otros, a quienes se percibe como una amenaza. El distanciamiento es parte del ritmo normal de toda relación del individuo con el mundo, una necesidad para la meditación, - el estudio, la revisión de nuestros pensamientos y actitudes. El alejamiento es la forma principal de relación con los demás, es una relación de carácter negativo.

la destructividad es la forma activa del alejamiento y el impulso de destruir a otros proviene del temor de ser destruido, es la perversión del impulso de vivir, es la energía de la vida no vivida.

C. El amor.- Es la forma productiva de relación con otros y con uno mismo. Implica responsabilidad, cuidado, respeto y conocimiento, así como también el deseo de que la otra persona crezca y se desarrolle en todos aspectos. Es la expresión de la intimidad entre dos seres humanos bajo la condición de la conservación de la integridad de cada uno.

Existe afinidad entre las distintas formas de orientación en el proceso de asimilación y el de socialización, respectivamente, siendo éstas:

ASIMILACION:

I. Orientación Improductiva:

- a) Receptiva (aceptando)
- b) Explotadora (tomando)
- b) Acumulativa (conservando)
- c) Mercantil (intercambiando)

II. Orientación Productiva:

- a) Trabajadora

SOCIALIZACION:

Simbiosis:

masoquista (lealtad)
sádica (autoridad)

Alejamiento:

destruictiva (afirmación)
indiferente (equidad)

Amando, Razonando

ASIMILACION:

I. Orientación Improductiva:

- a) Receptiva (aceptando)
- b) Explotadora (tomando)
- b) Acumulativa (conservando)
- c) Mercantil (intercambiando)

II. Orientación Productiva:

- a) Trabajadora

SOCIALIZACION:

Simbiosis:

masoquista (lealtad)
 sádica (autoridad)

Alejamiento:

destruictiva (afirmación)
 indiferente (equidad)

Amando, Razonando

HIPOTESIS

HIPOTESIS

El objetivo principal de este estudio es conocer el carácter de los hombres que estando adscritos a una Institución, como lo es el Instituto -- Mexicano del Seguro Social, teniendo la máxima información relacionada -- con las ventajas de utilizar el programa de planificación familiar y todos los recursos disponibles, deciden planificar su familia por medio de un método definitivo.

La hipótesis consiste en tratar de comprobar que aquellos sujetos que -- deciden planificar su familia al través de un método definitivo son personas que poseen características productivas con rasgos receptivos.

La hipótesis nula consiste en comprobar que el carácter no tiene que ver absolutamente nada para tomar la decisión de planificar la familia al -- través de un método definitivo.

METODOLOGIA

LUGAR DE NUESTRA INVESTIGACION

Nuestra investigación se llevó al cabo en una unidad médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, la cual se consideró idónea por varias razones:

1. Se trataba de una clínica hospital con una población adscrita de 63,665 personas, lo cual significaba un número razonable.
2. A esta unidad médica acuden personas de todas las clases socioeconómicas y de todo tipo de nivel cultural, ya que atiende personal de una importante empresa mexicana únicamente, el cual está diseminado por todos los rumbos de la Ciudad de México, además de efectuar diferentes tipos de trabajo y ganar diferentes sueldos mensuales.
3. Se contó con la colaboración de las autoridades de la unidad médica, por lo que se pudo efectuar la investigación con todas las facilidades necesarias.

UNIVERSO DE TRABAJO

La unidad médica que se utilizó cuenta con una población de 15,975 adultos, de los cuales únicamente han aceptado la vasectomía 64 personas, entre las que se escogieron los 20 sujetos para el estudio.

MUESTRA

Se escogió un grupo, que estuvo comprendido por 20 sujetos a los cuales se les había practicado la vasectomía, siendo éstos de los 23 a los 46 años de edad, con un índice de escolaridad desde 3o. de Primaria hasta carrera profesional, con un número de hijos, desde 2 hasta 10 hijos, -- todos ellos casados y con una vida sexual supuestamente activa.

INSTRUMENTO

Se utilizó un cuestionario interpretativo para determinar el carácter de los sujetos entrevistados en la investigación (Apéndice A), basado en el que utilizó Erich Fromm para el estudio del campesino mexicano -- en el año de 1958.

El motivo por el cual Erich Fromm realizó esta investigación obedeció a tres propósitos: el primero era probar un nuevo método que permitiera la aplicación de la teoría psicoanalítica al estudio de grupos sociales sin psicoanalizar a miembros individuales del grupo; el segundo -- era probar la teoría del carácter social y el tercero, descubrir los -- datos que pudieran ser útiles para la predicción y planteamiento de un cambio social en la sociedad campesina.

La inició con la premisa de que cuando las declaraciones hechas por los individuos se toman como realidad aparente, demuestran qué opiniones tienen, o sea lo que piensan y sienten conscientemente en el momento. Si no se interpretan esas declaraciones, no se pueden saber las fuerzas psíquicas e inconscientes que determinan los sentimientos, los pensamientos y las acciones.

O sea, que los resultados de encuestas que sólo tratan con los datos -- conscientes, únicamente nos dicen lo que la gente piense y sienta en -- determinadas circunstancias y lo que podrían sentir y pensar si las circunstancias no cambiaran, y no lo que pensarían o sentirían si las circunstancias llegaran a cambiar en forma drástica.

En cambio, Erich Fromm pensaba que si se entienden los elementos inconscientes de la estructura del carácter, podemos reconocer cuáles tendencias del carácter pueden surgir bajo la influencia de nuevas circunstancias y aún hacer predicciones acerca de esos cambios.

APLICACION DEL CUESTIONARIO

Para la aplicación del cuestionario, primero se tuvo una entrevista con el Titular de la Jefatura de Planificación Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, a quien se le expuso todo lo relacionado con la investigación que se pensaba llevar al cabo y solicitándole autorización para efectuarla en una unidad médica de la Institución.

El Directivo se interesó en la investigación y me brindó toda clase de facilidades para llevarla a efecto. A continuación, me puso en contacto con el Director de la Unidad Médica que ya se había escogido con anterioridad, debido a sus características idóneas que ya se expusieron, -- quien, de igual manera, concedió todas las facilidades necesarias, entrevistándome con el personal de Archivo para seleccionar las muestras y el personal de Trabajo Social para que me indicaran la mejor manera -- de lograr la entrevista con los sujetos.

De acuerdo a lo anterior, lo más factible fue conseguir en las hojas de Internación (las cuales se elaboran al requerir tratamiento quirúrgico) los números telefónicos de los sujetos y los domicilios.

Primeramente, se procedió a hacer la localización en forma telefónica, -- lo cual se logró en la gran mayoría, y el resto se consiguieron por medio de envío de telegrama, percibiéndose que el primer recurso era el -- más efectivo.

A continuación, después de efectuada la cita en la unidad médica, se les explicó a los sujetos sobre el carácter de la investigación solicitándose

su ayuda voluntaria, a lo cual todos accedieron en forma positiva.

La aplicación directa de los cuestionarios, en todos los sujetos se hizo sin ningún contratiempo, estableciéndose muy buen rapport desde el primer momento, lo cual simplificó sobremedida la investigación.

La aplicación se efectuó en un consultorio médico, con todas las facilidades necesarias de comodidad, luz, ambiente, etc., con una duración de 2 horas aproximadamente, en algunas ocasiones duró más tiempo, pero siempre existió cooperación por parte de los sujetos, no importando el lapso que se utilizara.

En cuanto al entendimiento del cuestionario, no existió ningún problema, aparentemente todas las preguntas fueron comprensibles y se contestaron en su totalidad.

Algunas preguntas provocaron respuestas abiertas, lo cual proporcionó un material que contiene no sólo sus ideas sino los mecanismos de su carácter, obteniéndose un material proyectivo de alto valor para nuestro propósito.

Se le dio suma importancia al texto expresivo, lo mismo que al contenido ideológico y emocional, se tomaron en cuenta el uso de tales o cuales -- vocablos; la explicitéz o el laconismo; la expresión sencilla, rebuscada o confusa; la afirmación enfática o la debilidad expresiva; el hermetismo o el exhibicionismo abierto e ingenuo, etc.

INTERPRETACION DEL CUESTIONARIO.

Cada cuestionario se interpretó separadamente. Primero la interpretación fue en forma particular y después con la asesoría del Director de Tesis - para comparar los resultados obtenidos. Se discutieron y se analizaron las diferencias para lograr un criterio uniforme.

El cuestionario contiene todo tipo de preguntas relacionadas con el medio familiar, social, laboral. Contiene preguntas que provocan respuestas - abiertas, por este medio el sujeto aporta un material que contiene no sólo sus ideas, sino los mecanismos de su carácter que condicionan la respuesta y dan forma a su expresión.

Se obtuvo un material amplio y proyectivo en cuanto a si las respuestas fueron sinceras, falseadas o deformadas, ya que esto nos mostró las reacciones emocionales a las preguntas. Tanto en la confesión ingenua o valiente de la propia realidad, como en las diversas maneras de defenderse y de eludir esa realidad, se mostró el mecanismo caracterológico.

Se le dio la misma importancia al texto expresivo como al contenido ideológico y emocional, ya que ellos también nos señalan el carácter. Se tomó en cuenta el uso de los vocablos utilizados.

RESULTADOS .Y DISCUSION

VARIABLES PARA CALIFICAR EL CARACTER

El cuestionario interpretativo se calificó en relación a los 20 vasectomizados adscritos a una unidad médica del Instituto Mexicano del Seguro Social; se tomó como base el fundamento de carácter social, que son los rasgos que comparten los individuos que viven en una misma sociedad, -- independientemente de su carácter individual. Para calificar los cuestionarios se dividieron los rasgos encontrados en 6 escalas específicas:

1. Manera de relacionarse.
2. Escala de narcisismo.
3. Escala de Biofilia-Necrofilia.
4. Modo de asimilación.
5. Filiaciones Parentales.
6. Productividad.

Manera de Relacionarse

Los resultados fueron calificados de acuerdo a lo siguiente:

1. Simbiótica incestuosa.
2. Sádica.
3. Masoquista.
4. Destructiva.
5. Narcisismo de grupo, el yo como parte de la organización.
6. Narcisista, grandiosidad individual.
7. Narcisismo defensivo, frío, suspicaz.

8. Indulgente.
9. Amor condicional.
10. Amorosa.
11. Responsable.
12. Distante.
13. Deber.
14. Socializada.
15. Mercantil.

Cada cuestionario se calificó según la orientación o rasgo que era dominante. En los casos en que había una tendencia secundaria, también se calificó.

Escala de Narcisismo

Se calificó de acuerdo a lo siguiente:

1. Extremadamente narcisista, casi psicótico.
2. Altamente narcisista, grandioso.
3. Moderadamente narcisista, indiferente, defensivo, orientado al papel que desempeña.
4. Narcisismo normal.
5. Bajo narcisismo.

Escala de Biofilia-Necrofilia

Se calificó de acuerdo a lo siguiente:

1. Extremadamente biofílico.
2. Tendencia a la biofilia.

3. Promedio.
4. Tendencia a la Necrofilia.
5. Extremadamente necrofilico.

Filiaciones Parentales

Se calificó de acuerdo a lo siguiente:

1. Fijación materna.
2. Fijación paterna.
3. Rebelde hacia la madre.
4. Rebelde hacia el padre.
5. Orientado maternalmente.
6. Orientado paternalmente.

A esta escala además se le dio el rango de intenso o moderado, o si no se presentaba ninguno de estos casos.

Productividad

Esta escala se calificó de la siguiente manera:

1. Productivo amoroso activo.
2. Moderadamente productivo, activo no amoroso.
3. Moderadamente productivo, con más posibilidades productivas.
4. Moderadamente productivo, no activo.
5. Pasivo, no productivo.
6. Rechazo a la vida.

Modo de Asimilación

Esta escala se calificó como sigue:

1. Receptivo.
2. Explotador.
3. Acumulativo.
4. Mercantil.

En esta escala se calificaron los rasgos dominantes y los secundarios, si los habla.

DISCUSION

Después de haber efectuado la interpretación de los cuestionarios, se encontró lo siguiente:

En lo que toca a la manera de relacionarse, la gran mayoría se relaciona de una manera amorosa (40%), distante (30%), no queriendo involucrarse por completo; además también se encontraron rasgos destructivos (15%) y, en menor porcentaje, el rasgo del deber (7.5%) y de amor condicional (2.5%). Cuadro No. 22

En la escala de narcisismo, la gran mayoría dio como resultado narcisismo normal (60%), pero también se encontraron individuos moderadamente narcisistas (35%) y sólo un individuo presentó bajo narcisismo (5%). Cuadro 23.

En la escala biofilia-necrofilia, se encontró que la mayoría caen dentro de la tendencia a la biofilia (65%), le sigue el promedio (30%) y sólo un individuo se encontró con tendencia a la necrofilia (5%). Cuadro No. 24.

En cuanto a las filiaciones parentales, el 40% se encontró con orientación materna moderada, el 30% con orientación paterna moderada, el 20% con orientación materna intensa, el 5% con orientación paterna intensa y el 5% restante, con fijación materna moderada. Cuadro No. 25

En lo que toca a productividad, el 50 % es productivo amoroso activo, el 25% es moderadamente productivo con más posibilidades productivas, el 20% es moderadamente productivo sin interés activo, y el restante 5% es moderadamente productivo activo no amoroso. Cuadro No. 26.

En el modo de asimilación, el 51% tiene rasgos receptivos, de los cuales el 38% es dominantes y el 13% es secundario; el 35 % son acumulativos, de los cuales el 16% es dominante y el 19% es secundario; el 10% tiene rasgos mercantiles, de los cuales el 3% es dominante y el 7% es secundario y, por último, el 3% tiene carácter explotador como rasgo secundario. Cuadro No. 27

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

De acuerdo a nuestra investigación, los sujetos que deciden adoptar un método definitivo, como lo es la vasectomía, para planificar su familia, son personas, en su mayoría, productivas amorosas activas, con rasgos receptivos y acumulativos. Su productividad se manifiesta en sus relaciones familiares, sobre todo en lo que concierne a los hijos, para quienes desean un buen futuro y a quienes tratan en forma amorosa proporcionándoles los satisfactores y consejos necesarios para un buen desarrollo. Asimismo, se refleja en su responsabilidad laboral y la actitud ante el trabajo. Su receptividad radica en que la mayoría dejan la autoridad a la mujer, encontrándose similitud al patrón que siguieron sus padres; en el acatamiento a sus superiores fuera del hogar, así como a sus padres en su infancia. Sus rasgos acumulativos se expresan en su interés por el orden, por no querer quebrantar las reglas morales y sociales impuestas y por el deseo de acumular y ahorrar para el futuro.

La mayoría están dentro de la tendencia a la biofilia, en cuanto a la escala de biofilia-necrofilia, y el resto caen dentro del promedio: La mayoría no temen a la muerte y no piensan constantemente en ella, sólo están conscientes de que es una ley natural que puede y debe ocurrir.

En cuanto a las filiaciones parentales, observan una orientación materna moderada, debido a que la figura materna fue la más importante en -

su niñez, y aún de adultos la siguen considerando importante, y la mayoría están orientados paternalmente, en forma moderada también.

Su narcisismo es normal en la mayoría y el resto tienen un narcisismo -- moderado, orientado al papel que desempeñan, lo que se manifiesta en sentirse con mayor capacidad en el trabajo en comparación a sus compañeros, en el rol en la vida familiar y en el concepto que ellos piensan que la gente tiene con respecto a su persona.

En nuestra investigación, al través de la interpretación de los cuestionarios, se sacó que el 51% son receptivos, lo que confirma parcialmente nuestra hipótesis, con la modificación de que se encontró un alto porcentaje también de rasgos acumulativos (35%), lo que nos hace pensar que esto puede ser indicativo y de utilidad para futuros estudios y campañas de planificación familiar, en los cuales un elemento importante sea la vasectomía.

Es posible pensar que dado el pequeño número de rasgos explotadores encontrados en los vasectomizados, las personas con predominio de este carácter serían las que presentarían mayor problemática para aceptar la -- operación, mientras que las de carácter receptivo y, en segundo plano, -- las de carácter acumulativo serían los mejores candidatos.

APENDICE

CUESTIONARIO INTERPRETATIVO CARACTEROLOGICO

Fecha:

Lugar:

Pseudónimo:

Sexo:

1. Qué edad tiene?
2. Cuál es su estado civil?
3. En dónde nació?
4. a) en qué año y a qué edad llegó usted al Distrito Federal?
b) por qué vino?
5. Hasta qué año estudió usted?
6. a) cuántos hermanos (medios hermanos) y hermanas (medias hermanas) tuvo usted?
b) cuántos viven actualmente
7. Cuál es su posición en la familia?
8. En dónde nacieron sus padres?
9. a) qué edad tienen
b) en dónde viven
10. En la actualidad quiénes forman su familia?
11. a) cuántos hijos tiene?
b) sexo, edad, escolaridad de sus hijos y si viven dentro o fuera del Distrito Federal.
12. a) hasta qué año estudió su padre?
b) a qué se dedica?
13. a) hasta qué año estudió su madre?
b) a qué se dedica?
14. a) a qué se dedica el padre de su padre
b) a qué se dedica la madre de su padre?
15. a) a qué se dedica el padre de su madre?
b) a qué se dedica la madre de su madre?
16. a) con qué frecuencia ve usted a su padre ahora?
b) en qué casos le ha pedido consejo durante el último año?
c) actuaría usted contra sus deseos?
d) en qué casos ha hecho eso?
17. a) con qué frecuencia ve usted a su madre ahora?
b) en qué casos le ha pedido consejo durante el último año?
c) actuaría usted contra su deseo?
d) en qué casos ha hecho esto?
18. a) haga una breve descripción de su padre, como usted lo ve
b) haga una breve descripción de su madre, como usted la ve.
19. Haga una breve descripción de usted.
20. a) cómo se comportaba su padre cuando usted era niño (lo consolaba cuando tenía dificultades, lo castigaba cuando hacía mal)?
b) cómo se comportaba su madre?

21. a) cómo piensa usted que debe ser un buen padre?
b) cómo piensa usted que debe ser una buena madre?
22. a) cree usted que su esposa es una buena madre?
b) por qué?
23. a) cuando usted era niño, tenía más al enojo de su padre o de su madre?
b) por qué?
c) piensa usted que es deseable que los niños tengan temor a los padres?
24. a) qué piensa usted de los castigos corporales para educar a los niños?
b) pega usted a sus hijos?
c) sangran cuando les pega?
d) quién es más duro para castigarlos, su esposa o usted?
25. Describa cómo es su esposa y cómo se llevan.
26. Cómo debe ser un matrimonio feliz?
27. a) cuando usted se casó, sus suegros estuvieron de acuerdo?
b) por qué?
c) y sus padres?
d) por qué?
28. Actualmente, qué piensan sus suegros de usted?
b) su padre?
c) su madre?
29. Cree usted que es más importante que la mujer reciba al esposo con gusto, a pesar de que la casa no esté limpia, arreglada?
30. De qué cosas le platica su esposa al llegar del trabajo?
31. Ayuda usted en el trabajo de la casa?
32. En dónde creció y cómo era su medio ambiente?
33. a) cuando está en apuros, a quién pide ayuda moral o económica?
b) por qué?
34. a) Si pudiese usted escoger, qué ocupación o profesión le gustaría para usted?
b) Por qué?
c) para sus hijos?
d) por qué?
e) quién piensa usted que debe decidir en estos casos?
f) por qué?
35. En qué encuentra usted las mayores satisfacciones? (En el trabajo, en la vida familiar, en las diversiones, en el descanso)
36. a) cuando usted toma un trago y de las veces que toma, cuántas se emborracha?
b) y su esposa?
37. Qué efectos tiene el trago sobre usted? (Se vuelve peleonero, se pone demasiado triste, le dan lagunas, hace cosas absurdas, se siente incapaz, se acobarda)
38. Cuál es en su concepto el mayor prejuicio del trago?
39. Cuál es la situación más dolorosa que recuerda haber pasado en su vida?
40. Cuál es la situación más embarazosa que recuerda haber pasado en su vida?
41. Qué experiencia de su vida ha sido la más feliz?
42. Además del trabajo, qué otras labores remunerativas realiza usted?
b) cómo emplea su tiempo libre?
43. Si dispusiera de tiempo, qué es lo que más le gustaría hacer y por qué?
44. Si tuviera usted la oportunidad, qué cosa le gustaría saber o estudiar?

45. a) cuál es la diversión que más le gusta?
b) por qué?
46. a) qué película le ha gustado más
b) por qué?
47. a) qué cuentos de historietas le han gustado más?
b) por qué?
48. Qué piensa del machismo?
49. a) qué personaje o personajes, presentes o pasados, admira usted?
b) por qué?
50. a) qué opina usted de Pancho Villa?
b) de Cuauhtémoc?
c) de Jorge Negrete?
d) de Emiliano Zapata?
51. a) qué debe hacer el hombre cuando lo engaña la mujer?
b) qué debe hacer la mujer cuando la engaña el hombre?
52. a) deben tener las mujeres los mismos derechos que los hombres?
b) por qué?
53. a) cuáles considera usted las peores acciones que una persona puede cometer?
b) por qué?
54. Cúales de las siguientes son las cuatro cualidades o virtudes más importantes que debe tener un hombre?
a) disciplina, b) amor, c) obediencia, d) defensa del honor, e) patriotismo
f) machismo, g) alegría de vivir, h) limpieza, i) puntualidad, j) caridad
k) consideración a otros, l) honestidad, m) sinceridad, n) inteligencia,
o) moderación y p) respeto.
55. Cúales de las siguientes son las cuatro cualidades o virtudes más importantes que debe tener una mujer?
a) disciplina, b) amor, c) obediencia, d) defensa del honor,
e) patriotismo, f) virginidad, g) alegría de vivir, h) limpieza,
i) puntualidad, j) caridad, k) consideración a otros, l) honestidad,
m) moderación, n) inteligencia, o) sinceridad y p) respeto.
56. a) cree usted que llegará el día en que la humanidad haya abolido las guerras?
b) por qué
c) la pobreza?
d) por qué
e) la corrupción
f) por qué
57. Cúales son las fuerzas que determinan el destino del hombre?
(nacimiento, circunstancias, etc.)
58. a) qué trabajo en común ha hecho usted en su colonia?
b) qué le gustaría realizar o hacer?
59. Qué otras comodidades debiera tener su colonia?
60. Si fuera necesario crear una nueva fuente de trabajo, cómo preferiría usted hacerlo, en forma individual o colectiva?
61. Qué cree usted que es el amor?

62. a) de qué manera expresa un padre su amor?
b) y una madre?
63. Cómo entiende usted el mandato "amars a tu prójimo como a tí mismo"?
64. a) es usted celoso?
b) en qué condiciones lo es?
c) dé ejemplos?
65. a) cree usted que hay remedios o amuletos o cualquier otra cosa que hagan a alguien más amado o más amable?
b) cuáles son?
c) las ha usado?
66. a) qué cosa tiene que sacrificar por causa de sus hijos?
b) qué haría usted si no tuviera hijos?
67. a) cuál fue la última ocasión en que sus hijos le hicieron perder la paciencia?
b) le hacen sufrir mucho sus hijos?
c) cómo?
68. En qué ocasiones se siente más contento con sus hijos?
(ampliar la respuesta para saber en qué consiste el placer con sus hijos)
69. a) qué hace usted cuando sus hijos lloran porque les pegaron otros niños?
b) y porque se lastimaron?
70. Cuando su hijo llora porque le ha pegado o regañado, qué hace usted?
71. a) qué es lo mejor para educar a los hijos, ser seco o consentidor?
b) cómo es usted?
72. a) qué clase de juegos realiza con sus hijos?
b) qué cuentos o historietas les cuenta?
73. a) progresan sus hijos en la escuela?
b) les ayuda usted a hacer sus tareas?
c) qué dicen los maestros acerca de sus hijos?
74. a) cuál es su reacción ante las calificaciones buenas de sus hijos?
b) y ante las calificaciones malas?
75. Cómo es cada uno de sus hijos?
76. a) a qué hijo prefiere?
b) por qué?
c) cuál necesita más su ayuda?
d) por qué?
77. Qué malas costumbres tienen sus hijos? (Se deberá ayudar a entender la pregunta, especificando factores de mentiras, robo, conducta destructiva y malos hábitos sexuales).
b) cómo se explica usted estos defectos?
c) cómo los corrige usted?
78. a) de qué manera castiga usted a sus hijos cuando éstos se enojan contra usted?
b) y cuando se ponen tercos?
79. a) qué hace cuando los niños no quieren comer lo que usted les da?
b) qué es lo que más le disgusta en sus hijos?

80. a) ¿qué hace usted si alguno de sus hijos pierde dinero o rompe alguna cosa de valor?
b) si un niño se orina en la cama, es por enfermedad o por maña?
81. ¿Qué haría usted si su hija se hubiera casado en contra de su voluntad?
82. Por qué cree usted que hemos venido al mundo?
83. a) se siente superior o inferior a los demás?
b) en qué aspectos?
84. Cudles de los siguientes son los males mayores?
a) crimen por dinero, d) robo, g) violación, b) crimen por pasión, c) traición a amigos, e) homosexualidad, f) machismo, h) chismeo malicioso, i) alcoholismo, j) adulterio, k) suciedad, l) gula, m) soplón de informes, n) drogadicción, o) crueldad con niños, p) pobreza, q) prostitución y r) injusticia social.
85. De las siguientes cuál cree usted que es una mejor cualidad?
a) cocinar bien y b) mantener la casa limpia
87. Está usted a favor de la pena de muerte? Por qué?
88. ¿Qué tan importante es para usted que los que quebrantan la ley paguen sus crímenes?
a) muy importante, b) algo importante, c) no es importante
89. Considera usted irresponsabilidad de una persona gastar la mayor parte de lo que gana en comida, diversiones o con los amigos, sin ahorrar dinero? Por qué?
90. Está usted de acuerdo en que todos tienen derecho a vivir? Por qué?
91. Está usted de acuerdo en que los más capacitados deben sobrevivir? Por qué?
92. Está usted de acuerdo en que todos deberían tener satisfechas las necesidades mínimas para vivir, trabajen o no? Por qué?
93. Ha pensado sobre cómo le gustaría que lo enterraran? Por qué?
a) a menudo, b) algunas veces, c) no
94. Acostumbra visitar el cementerio? Por qué causa?
b) cuántas veces al año cree usted que debiera uno visitar el cementerio donde están enterrados los seres queridos?
Por qué?

Lista de síntomas y si lo ha sentido en forma intensa, moderada, desde que le hicieron la vasectomía, desde antes que le hicieran la vasectomía, con frecuencia o sólo en ocasiones:

- a) cansancio, b) dolores articulares, c) dolores musculares, d) dolores de cabeza, e) pérdida de apetito, f) pérdida de peso, g) estado de tensión, h) mareos, i) palpitaciones, j) insomnio, k) somnolencia, l) dificultad para concentrarse, m) lentitud para pensar, n) ideas obsesivas, o) ideas de suicidio, p) ideas de agredir a otros y q) hipersensibilidad.
- a) irritable, b) aburrido, c) apático, d) triste, e) pesimista, f) angustiado, g) el asma, h) hipertensión arterial, i) estreñimiento, j) sudoración de manos, k) colitis, l) úlcera gástrica, m) gripes y n) alteraciones de la piel.

* La 86 no se formuló.

95. Cuentos para relatarse a los sujetos.

1. La madre se encuentra enferma y el niño es enviado a comprar la comida para toda la familia. Por andar jugando pierde el dinero y ya no puede adquirir los alimentos. (O tira la comida al regresar a casa por volver jugando). ¿Qué hizo la madre?
2. Un niño gustaba mucho de pintar, pero su padre no le compraba pinturas. Un día le dieron para comprar un libro de texto que necesitaba para estudiar y él compró pinturas en lugar de adquirir el libro de texto. ¿Qué hizo su padre?
3. Varios militares armados y borrachos, manosean o acarician a la esposa de un señor con quien va del brazo, frente a una cantina. ¿Qué piensa usted de esto? ¿Qué siente usted? ¿Qué hizo el esposo? ¿Qué sintió la mujer?
4. Un joven se casa con una mujer que su madre desapruueba y tiene que irse a vivir muy lejos de la población donde vive su madre. Ésta se enferma por el disgusto y finalmente muere. ¿Qué piensa usted de esto? ¿Qué sintió el hijo? ¿Qué la esposa?
5. Roban de una iglesia las joyas de la virgen y el Santísimo, que sintieron e hicieron el padre y la madre del ladrón cuando ellos descubrieron que el hijo fue quien lo hizo y que ellos son los únicos que saben del robo?
6. Un agricultor va a la ciudad a comprar una medicina cara y urgente para un hijo que está muy grave. Se encuentra un amigo, se emborracha con él, se va de parranda con mujeres y se gasta todo el dinero. Cuando regresa a su casa, 24 horas después, su hijo ha muerto. -- ¿Qué piensa usted de esto? ¿Cómo se sintió el padre? ¿Cómo se sentiría la madre del muchacho? ¿Cómo se sentiría el amigo que lo acompañó en la borrachera?

Actitudes ante el trabajo:

96. Le gusta su actual trabajo?
97. Cómo entró a este trabajo?
98. Describa brevemente qué hace usted en su trabajo?
99. ¿Qué trabajos ha tenido usted y cuánto tiempo permaneció en cada uno de ellos?
100. Cuál le ha gustado más? Por qué?
101. Generalmente se siente bien mientras trabaja?
102. Le gustaría tener un puesto mejor que el que tiene ahora?
A qué puesto aspira?
103. a) Le gusta trabajar en grupo o solo?
b) Por qué?
104. Cómo lo trata su jefe inmediato?
105. ¿Qué piensa de sus compañeros de trabajo?
106. Lleva amistad con alguno de sus compañeros fuera del trabajo?
107. Cuando tiene usted un problema personal o familiar, pide consejo a su jefe?
108. a) De las personas que usted conoce en su trabajo, hay alguien a quien usted admira o a quien le gustaría parecerse?
109. a) De las personas que usted conoce en su trabajo, hay alguien a quien usted no le gustaría parecerse?
b) Por qué?

110. Cuando en su trabajo le dan una orden injusta, qué hace usted? (no la obedece, se lo hace ver a su jefe, prefiere obedecerla para evitarse problemas).
111. Si un jefe de trabajo lo insulta, qué hace usted? (lo golpea, lo insulta también, le reclama, se queda callado para evitar problemas, lo acusa con su jefe).
112. Si un compañero de trabajo lo insulta, qué hace usted? (lo golpea, lo insulta también, le reclama, se queda callado para evitar problemas, lo acusa con su jefe).
113. Además de que usted trabaja para poder tener dinero, para que otra cosa trabaja usted?
114. Cómo piensa que debe ser un jefe?
115. Cómo piensa que debe ser un trabajador?
116. Cuando surge algún problema de trabajo que afecte a usted y a sus compañeros, qué hace usted?
117. Qué otras oportunidades, además de las actuales, cree usted que debería ofrecer la empresa?
118. Ha tenido usted alguna idea o ideas de cómo hacer más satisfactorio su trabajo?
119. Se iría usted a otro trabajo en condiciones parecidas?
120. Qué piensa usted que debería interesarle más a la empresa?
121. Al pasar el tiempo, qué piensa usted que le deja su trabajo?
122. Siente usted que tiene más, menos o igual capacidad que sus compañeros de trabajo?
123. Cree usted que hay distinciones en el trato que reciben los trabajadores (ampliar).
124. Qué ventajas reporta a usted el trabajar?
125. Cuando despierta en las mañanas y piensa en su trabajo, qué siente?
a) tristeza, b) coraje, c) angustia, d) gusto, e) fastidio y f) no siento nada.
126. Qué siente usted cuando hay un accidente de trabajo en su departamento?
127. a) A su esposa le gusta el trabajo que usted tiene?
b) Por qué?
128. Cómo lo reciben cuando llega usted del trabajo?

CUADRO NO. 1

FUENTES NACIONALES DEL INCREMENTO DE LA
POBLACION MUNDIAL. 1972. *

<i>Paises</i>	<i>Millones</i>
<i>China</i>	13.3
<i>India</i>	12.8
<i>Indonesia</i>	3.4
<i>Brasil</i>	2.8
<i>URSS</i>	2.2
<i>Bangladesh</i>	1.9
<i>México</i>	1.8
<i>Paquistán</i>	1.7
<i>Japón</i>	1.4
<i>Nigeria</i>	1.4
<i>Estados Unidos</i>	1.3
<i>Filipinas</i>	1.3
<i>Tailandia</i>	1.1
<i>Irán</i>	1.0
<i>Turquia</i>	1.0
<i>Egipto</i>	0.7
<i>Colombia</i>	0.7
<i>Etiopia</i>	0.7
<i>Birmania</i>	0.7
<i>Corea del Sur</i>	0.7
<i>Todos los demás paises</i>	19.1
TOTAL	71.0

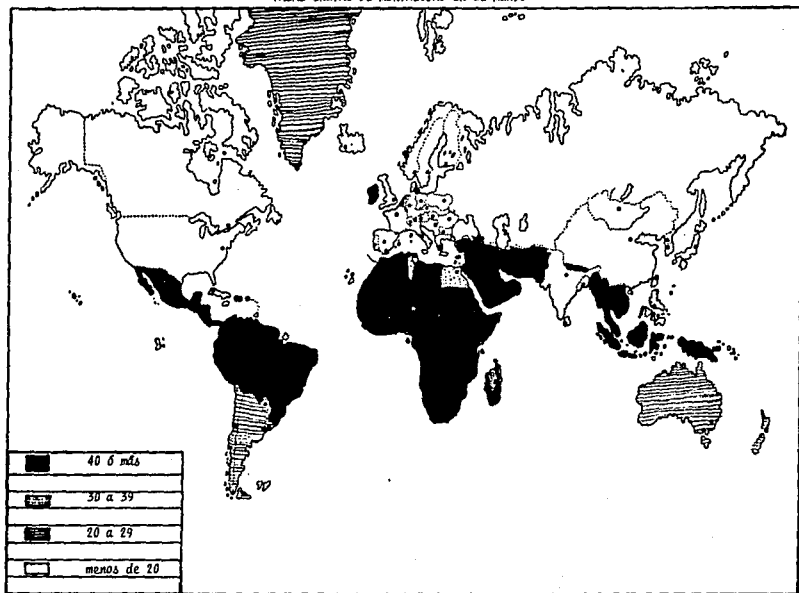
*Fuente: Agencia para el Desarrollo Internacional (E.U.A.)

ESTADÍSTICAS DE POBLACION DE PAISES SELECCIONADOS *

	Tasa actual de crecimien- to de la po- blación ** (por ciento)	Número de años para du- plicar la po- blación	Tasa de nacimien- to por - 1,000 ha- bitantes		Población menor de 15 años (por ciento)	Población analfabe- ta mayor de 15 años (por ciento)
Mundo	1.9	37	34	15	37	39
Costa Rica	3.8	18	45	7	38	10-20
Filipinas	3.5	20	50	10-15	47	26-30
Honduras	3.4	21	49	17	51	50-60
México	3.4	21	43	9	46	30-35
Pakistán	3.3	21	52	19	45	75-85
Perú	3.1	23	42	11	45	35-40
Kenia	3.0	23	50	20	46	70-75
RAU	2.9	24	43	15	43	75-80
Brasil	2.8	25	38	10	43	30-35
India	2.5	28	43	18	41	70-75
Turquía	2.5	28	46	18	44	60-65
Nigeria	2.5	28	50	25	43	80-88
Indonesia	2.4	29	43	21	42	55-60
Costa Marfil	2.3	31	56	33	43	85-92
Canadá	2.0	35	18	7.3	33	0-3
Nueva Zelandia	1.9	37	22.4	8.4	33	0-1
Japón	1.1	63	19	6.8	25	0-2
URSS	1.0	70	18	8	32	0-2
Estados Unidos	1.0	70	17.4	9.6	30	0-3
Francia	1.0	70	16.9	10.9	25	0-3
Polonia	0.8	88	16.3	7.7	30	0-5
Suecia	0.8	88	15.4	10.1	21	0-1
Italia	0.7	100	18.1	9.7	24	5-10
Reino Unido	0.6	117	17.5	11.2	23	0-1
Hungría	0.3	233	14.6	10.7	23	0-5
Bélgica	0.1	700	15.2	12.2	24	0-3

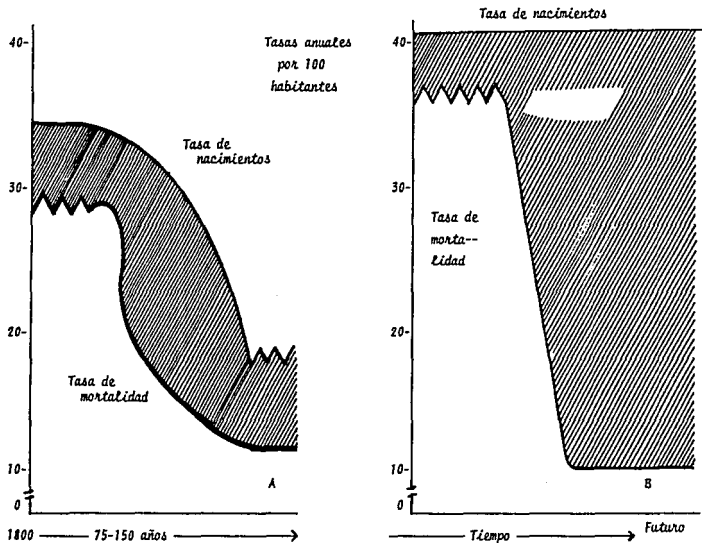
* Fuente: World Population Data Sheet (abril 1969). Population Reference Bureau, Washington, D.C. Las cifras para la población analfabeta mayor de 15 años aparecen en "World Population Data Sheet (marzo 1968)

TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD EN EL MUNDO



FUENTE: Naciones Unidas 1976.

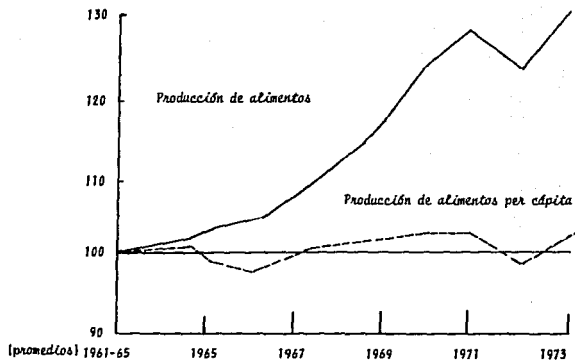
PRESENTACION ESQUEMATICA DE: A- TASAS DE NACIMIENTOS Y DE MORTALIDAD EN EUROPA OCCIDENTAL DESPUES DE 1800
 B- TASAS DE NACIMIENTOS Y DE MORTALIDAD EN PAISES MENOS DESARROLLADOS, A MEDIADOS DEL SIGLO XX



* Fuente: The Growth of the World Population.-Washington, D.C.-National Academy of Sciences. 1963.

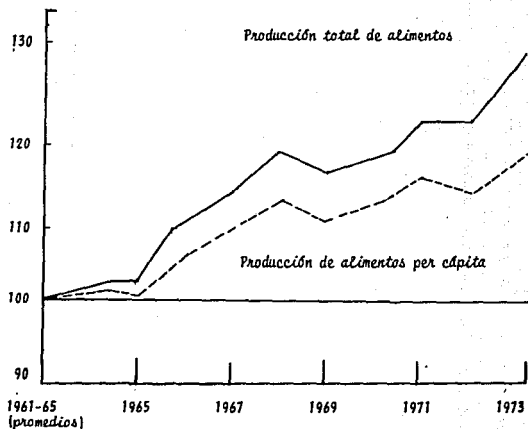
CUADRO No. 5

EL CRECIMIENTO DE LA POBLACION DE LOS PAISES MENOS DESARROLLADOS.
 ABSORBE LOS AUMENTOS DE PRODUCCION DE ALIMENTOS * y **



* Excluyendo el Asia Comunista

** Fuente: Departamento de Agricultura de Estados Unidos

PAISES MAS DESARROLLADOS: AUMENTOS SUSTANCIALES, TOTALES Y PER CAPITA,
EN LA PRODUCCION DE ALIMENTOS *

* Fuente: Departamento de Agricultura de Estados Unidos.

CUÁDRO No. 7

CRECIMIENTO MUNDIAL DE LA POBLACION *

ANOS	TOTAL **
1650	470
1750	694
1800	919
1850	1 091
1900	1 550
1920	1 810
1930	2 015
1940	2 249
1950	2 510
1960	2 995
1965	3 300
1975	3 860
1980	4 330
2000	7 400 - 8 000

* Instituto Mexicano del Seguro Social.

** Millones

/

PAISES QUE HAN LOGRADO, O QUE SE ACERCAN A LA ESTABILIDAD DE
LA POBLACION. 1973 *

	Población (millones)	Tasa bruta de nacimientos	Tasa bruta de muertes	Tasa bruta de incremento natural. (porcentaje)
<i>Alemania oriental</i>	17	11.7	13.9	-0.22
<i>Alemania occidental</i>	62	10.6	11.9	-0.13
<i>Luxemburgo</i>	0.3	11.4	12.4	-0.10
<i>Austria</i>	7	13.4	12.6	+0.08
<i>Bélgica</i>	10	13.6	12.5	+0.11
<i>Reino Unido</i>	56	14.7	11.9	+0.28
<i>Finlandia</i>	5	12.4	9.6	+0.28
<i>Suecia</i>	8	13.4	10.3	+0.31
<i>Hungría</i>	10	14.7	11.5	+0.32
<i>Estados Unidos</i>	208	15.0	9.4	+0.56
<i>Suiza</i>	6	14.8	9.4	+0.54

* Fuente: Estimaciones preliminares basadas en datos reunidos por las Naciones Unidas.

CUADRO No. 9

MORTALIDAD
MATERNA**
1922 - 1972

AÑOS	DEFUNCIONES	
	Número	Tasa*
1922	4 898	10.8
1930	4 632	5.4
1940	4 692	5.4
1950	3 235	2.8
1960	3 102	1.9
1970	3 050	1.4
1972	3 065	1.3

* 1000 nacidos vivos registrados

** Fuente: Dirección General de Estadística, S.I.C.

CUADRO No. 9

MORTALIDAD
MATERNA**
1922 - 1972

AÑOS	DEFUNCIONES	
	Número	Tasa*
1922	4 898	10.8
1930	4 632	5.4
1940	4 692	5.4
1950	3 235	2.8
1960	3 102	1.9
1970	3 050	1.4
1972	3 065	1.3

* 1000 nacidos vivos registrados

** Fuente: Dirección General de Estadística, S.I.C.

INCIDENCIA DE ABORTOS ATENDIDOS EN EL INSS

1 9 7 8

ESTADOS	PARTOS		ABORTOS		PAU
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número
Valle de México	127 914	24.3	19 784	37.6	5'268 393
Délegaciones	333 606	37.0	37 383	41.5	9'009 209
Aguascalientes	5 024	47.0	507	47.5	106 817
B. California Nte.	13 000	37.6	1 031	29.8	346 169
B. California Sur	606	35.2	76	44.1	17 238
Campeche	1 843	26.3	184	26.2	70 159
Coahuila	23 863	35.7	2 616	39.1	668 819
Colima	3 179	53.7	353	59.6	59 215
Chiapas	3 686	28.9	576	45.2	127 546
Chihuahua	14 746	36.0	1 823	44.5	409 310
Durango	6 261	27.9	562	25.0	224 493
Guanajuato	17 628	42.7	1 732	41.9	412 954
Guerrero	4 850	32.0	481	31.7	151 549
Hidalgo	4 796	30.1	705	44.2	159 421
Jalisco	39 183	40.7	5 957	61.9	962 539
México	6 098	33.9	821	45.7	179 734
Michoacán	11 898	46.6	1 021	40.0	255 137
Morelos	5 752	28.4	923	45.6	202 463
Nayarit	4 946	41.7	623	52.5	118 711
Nuevo León	33 942	36.7	3 196	34.5	925 816
Oaxaca	2 927	24.5	288	24.1	119 628
Puebla y Tlaxcala	15 619	31.8	2 432	49.5	491 653
Queretaro	5 805	46.8	538	43.4	124 046
Quintana Roo	840	31.2	75	27.9	26 911
San Luis Potosí	7 450	38.0	756	38.6	195 954
Sinaloa	24 017	51.0	2 078	44.1	471 081
Sonora	18 928	39.0	1 656	34.1	485 542
Tabasco	2 646	27.3	406	41.8	97 091
Tamaulipas	17 726	45.0	1 902	48.3	393 560
Veracruz Norte	11 207	33.1	1 087	32.1	338 837
Veracruz Sur	13 475	35.9	1 914	51.0	375 499
Yucatán	8 786	21.4	834	20.3	410 646
Zacatecas	2 879	35.7	230	28.5	80 671
T O T A L	461 520	32.3	57 167	40.0	14'277 602

NOTA: La tasa de partos es por 1,000 derechohabientes.

La tasa de abortos es por 10,000 derechohabientes.

FUENTE: Anuario Estadístico del INSS. 1977.

CUADRO No. 11

TENDENCIA DEL ABORTO EN 3 UNIDADES DE ESPECIALIZACION *

UNIDADES DE GINECOOBSTETRICIA

I M S S

1965 - 1973

ARO	Gineco 1	Gineco 2	Gineco 3	Totales
1965	4,687	2,400	3,527	10,614
1966	4,636	3,192	2,474	10,302
1967	4,812	3,302	3,765	11,879
1968	5,660	2,821	4,016	12,497
1969	1,095	2,578	4,743	13,416
1970	6,234	2,535	5,101	13,870
1971	6,242	2,446	5,876	14,564
1972	5,580	2,916	4,382	12,878
1973	5,122	2,856	5,274	13,252

T O T A L 113,423 **

* Instituto Mexicano del Seguro Social.

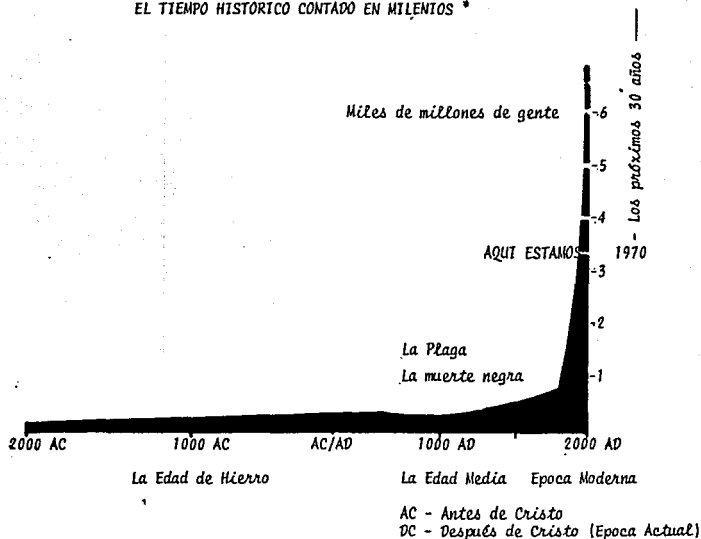
** En 1971 se subrogaron 1,859; en 1972, 4,200; en 1973, 5,156.

CUADRO No. 12P O B L A C I O N M U N D I A L *

	Número de años que se necesitaron y se necesitarán para añadir mil millones de habitantes	En que año se completa
Primer millar de millones	2 000 000	1830
Segundo millar de millones	100	1930
Tercer millar de millones	30	1960
Cuarto millar de millones	15	1975
Quinto millar de millones	11	1986
Sexto millar de millones	9	1995

* Fuente: Instituto Mexicano del Seguro Social

CRECIMIENTO DE LA POBLACION EN LOS ULTIMOS 4000 AÑOS
EL TIEMPO HISTORICO CONTADO EN MILENIOS *



* Fuente: Cuadro publicado en Population Bulletin, Washington, DC, Population Reference Bureau

CUADRO No. 14.

TASAS DE FECUNDIDAD POR 1000 MUJERES DE 15 A
44 AÑOS EN ALGUNOS PAISES DE AMERICA LATINA*

País	Tasa
México..	215.2
Guatemala	213.1
Nicaragua	213.0
Paraguay	212.6
El Salvador	210.5
Ecuador	203.7
Honduras	199.1
Panamá	181.4
Venezuela	179.0
Colombia	166.6
Costa Rica	158.7
Cuba	141.0
Chile	112.5
Argentina	93.9
Uruguay	83.8

* Fuente: *World Health Statistics Annual W.H.O. 1971*

CUADRO No. 15

PORCENTAJE DE NACIMIENTOS EN MUJERES MENORES
DE 18 AÑOS y DE MAS DE 35 AÑOS, DEL TOTAL DE
CADA PAIS *

País	Menores de 18 años %	De 35 y más años %	Ambos grupos %
E.U.A.	5.8	6.2	12.0
Suecia	2.0	7.0	9.0
Japón	0.5	3.5	4.0
Inglaterra	3.0	7.0	10.0
México	7.2	18.4	25.6

* Fuente: Population Council Annual Report 1971

METAS DE ACEPTANTES

AÑO	ACEPTANTES SEGUN TIPO DE SERVICIO						TOTAL
	Médicos Fam. en Unidades Rég. Ord.-	Post-Parto Post-Aborto Rég. Ord.	Unidades No- Derechohábien- tes Urbanas	443 Unidades de Campo y Solida- ridad Social	74 Brigadas de Med. Preventiva	Parteras Empíricas *	
1977	362,940	51,000	66,000	46,150	17,760	36,000	579,850
1978	393,000	102,000	66,000	48,451	17,760	36,000	663,211
1979	422,460	130,500	66,000	50,971	17,760	36,000	723,691
1980	454,140	159,000	66,000	53,202	17,760	36,000	786,202
1981	488,220	187,500	66,000	56,064	17,760	36,000	851,554
1982	524,820	216,000	66,000	58,858	17,760	36,000	919,438
TOTAL	2'645,580	846,000	396,000	313,806	106,560	216,000	4'523,946

ACEPTANTES Y USUARIAS ESPERADAS EN EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR
1972 -1982

(Población Urbana)

ACEPTANTES			U S U A R I A S A C T I V A S										
En el Año	Acumulado		72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82
72	5,172	5,172	3,450	2,825	2,327	1,810	1,034	517	517	517	517	517	517
73	118,008	123,180	-	78,711	64,904	53,104	41,303	23,602	11,801	11,801	11,801	11,801	11,801
74	304,434	427,614	-	-	203,058	167,439	136,995	106,552	60,886	30,443	30,443	30,443	30,443
75	316,767	744,381	-	-	-	211,283	174,222	142,535	110,868	63,353	31,676	31,676	31,676
76	351,059	1'095,440	-	-	-	-	234,156	193,082	157,977	122,871	70,211	35,105	35,105
77	479,940	1'575,380	-	-	-	-	-	320,120	263,967	215,96	167,969	119,985	95,988
78	561,000	2'136,380	-	-	-	-	-	-	364,187	308,550	252,540	196,350	140,250
79	618,960	2'755,340	-	-	-	-	-	-	-	412,846	340,428	278,532	216,636
80	679,940	3'435,280	-	-	-	-	-	-	-	-	453,520	373,967	305,973
81	741,720	4'177,000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	494,727	407,946
82	806,820	4'983,820	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	538,149
TOTAL	4'548,523	4'983,820	3,450	81,536	270,289	433,636	587,710	786,408	970,203	1'166,344	1'359,015	1'573,103	1'814,484

Enero, 1978

CUADRO No. 18

ACEPTANTES Y USUARIAS ESPERADAS EN EL PROGRAMA
DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL IMSS

1977 - 1982

(Población Rural)

151.

AÑO	A C E P T A N T E S		U S U A R I A S A C T I V A S					
	En el Año	Acumulado	1977	1978	1979	1980	1981	1982
1977	99,910	99,910	66,640	54,950	44,959	34,969	24,978	19,982
1978	102,211	202,121	-	68,175	56,216	45,995	35,774	25,553
1979	104,731	306,852	-	-	69,856	57,602	47,129	36,656
1980	107,062	413,914	-	-	-	71,410	58,884	48,178
1981	109,834	523,748	-	-	-	-	73,259	60,409
1982	112,618	636,366	-	-	-	-	-	75,116
TOTAL	636,366	636,366	66,640	123,125	171,031	209,976	240,024	265,894

Enero, 1978'

SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

JEFATURA DE SERVICIOS DE
PLANIFICACION FAMILIAR

SUBJEFATURA DE
PROGRAMACION Y CONTROL

SUBJEFATURA DE
SERVICIOS TECNICOS

DEPARTAMENTO DE
PROGRAMACION Y
EVALUACION

DEPARTAMENTO DE
SUPERVISION Y
ASESORIA

DEPARTAMENTO DE
EVALUACION DE METODOS,
CAPACITACION Y PROMOCION

DEPARTAMENTO DE
ESTUDIOS
POBLACIONALES

PROGRAMACION

CONTROL DEL PROGRAMA
EN
ESTADOS

ADMINISTRATIVA

EVALUACION Y
DESARROLLO DE
METODOS

ESTUDIOS SOCIALES

EVALUACION

CONTROL DEL PROGRAMA
EN EL
VALLE DE MEXICO

CAPACITACION
Y
PROMOCION

ESTUDIOS
PSICOLOGICOS

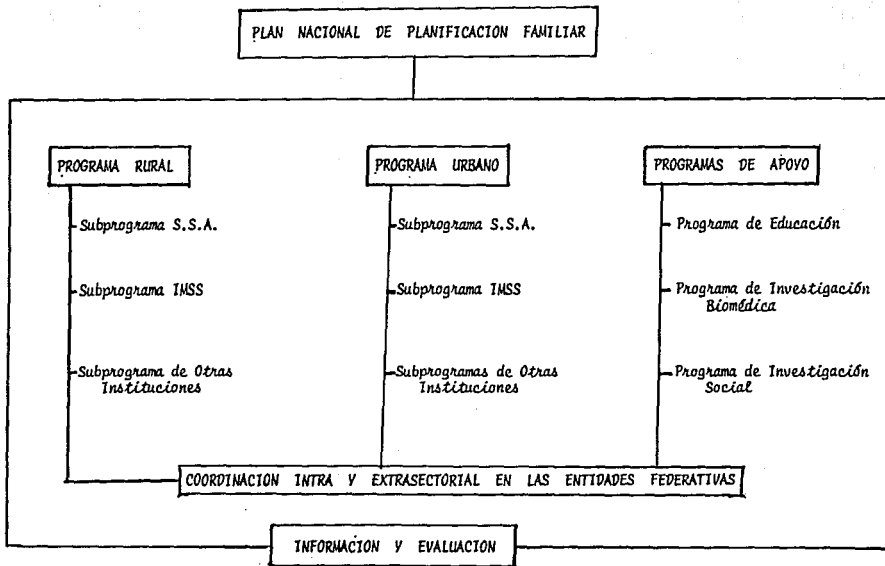
ASESORES ZONALES
Y DELEGACIONALES

METAS DE COBERTURA DEL PLAN NACIONAL POR INSTITUCION

TIPO DE USUARIAS Y MUJERES EN EDAD FERTIL *

AÑO	IMSS NUEVAS ACTIVAS		S.S.A. NUEVAS ACTIVAS		ISSSTE NUEVAS ACTIVAS		TOTAL DEL PLAN NACIONAL ACTIVAS		MEF	NACIONAL COBERTURA
1977	608.2	890.9	292.4	406.9	40.0	26.0	940.6	1.323.2	14.454.2	9.2 %
1978	587.4	1.088.5	408.9	562.2	125.0	101.8	1.122.1	1.752.5	14.940.8	11.7 %
1979	750.4	1.338.9	494.0	724.2	151.5	178.4	1.395.9	2.241.5	15.447.9	14.5 %
1980	871.1	1.600.1	517.3	798.4	181.2	249.6	1.569.6	2.648.1	15.972.2	16.6 %
1981	991.6	1.871.6	517.3	882.3	217.4	324.7	1.726.3	3.008.6	16.516.2	18.2 %
1982	1.112.6	2.156.6	517.3	895.6	260.9	400.0	1.890.8	3.452.2	17.086.1	20.2 %
TOTAL	4.921.3	2.156.6	2.747.2	895.6	976.0	400.0	8.645.3	3.452.1	17.086.1	20.2 %

* Fuente: Coordinación Nacional de Planificación Familiar



MANERA DE RELACIONARSE *

	d s	d s	d s	d s	d s	d s	d s	d s	d s	d s	d s	d s	d s	d s	d s	d s	d s	d s	d s	d s	d s	d s
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	20	
Simbólica-Incestuosa																						
Masoquista																						
Sádica																						
Destruyiva		■	■		■									■					■		■	
Narcisismo gpo.																						
Narcisista, Grandiosidad,																						
Narcisismo Defensivo																						
Indulgente																						
Amor condicional											■											
Amorosa				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Responsable		■	■																			
Distante				■				■		■			■		■		■		■		■	
Deber	■					■	■															
Socializada																						
Mercantil																						

* Se dio una puntuación de 2.5% por cuestionario para el dominante y el 2.5% para el secundario.

** Dominante y secundario.

CUADRO No. 23

N A R C I S I S M O *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Extremadamente narcisista																				
Altamente narcisista																				
Moderadamente narcisista	■		■					■	■							■	■			
Narcisismo normal		■		■	■						■	■	■	■	■			■	■	■
Bajo narcisismo							■													

* Se le dio una puntuación de 5% para cada cuestionario.

CUADRO No. 24

BIOFILIA - NECROFILIA*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Extremadamente biofílico																				
Tendencia a la biofilia																				
Promedio																				
Tendencia a la necrofilia																				
Extremadamente necrofílico																				

* Se le dio una puntuación de 5% para cada cuestionario.

CUADRO No. 25FILIACIONES PARENTALES *

1. ORIENTADO PATERNAL INTENSO
2. ORIENTADO MATERNAL INTENSO
3. ORIENTADO MATERNAL MODERADO
4. ORIENTADO MATERNAL MODERADO
5. ORIENTADO MATERNAL INTENSO
6. ORIENTADO MATERNAL MODERADO
7. ORIENTADO MATERNAL MODERADO
8. ORIENTADO MATERNAL INTENSO
9. ORIENTADO PATERNAL MODERADO
10. ORIENTADO PATERNAL MODERADO
11. ORIENTADO MATERNAL MODERADO
12. ORIENTADO MATERNAL MODERADO
13. ORIENTADO PATERNAL MODERADO
14. ORIENTADO MATERNAL MODERADO
15. ORIENTADO MATERNAL MODERADO
16. ORIENTADO MATERNAL MODERADO
17. FIJACION MATERNAL MODERADA
18. ORIENTADO PATERNAL MODERADO
19. ORIENTADO PATERNAL MODERADO
20. ORIENTADO PATERNAL MODERADO

* A cada cuestionario se le dio una puntuación de 5%

CUADRO No. 26

PRODUCTIVIDAD*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Productivo amoroso activo			■	■	■	■			■		■	■	■	■	■				■	
Moderadamente productivo activo																				■
Moderadamente productivo c/+ posibilid.		■						■						■					■	
Moderadamente productivo no activo							■			■						■	■			
Pasivo, no productivo																				
Rechazo de la vida																				

* Se le dio una puntuación de 5% para cada cuestionario.

CUADRO No. 27

MODO DE ASIMILACION *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
	d	s	d	s	d	s	d	s	d	s	d	s	d	s	d	s	d	s	d	s	d	s
Receptivo	■		■				■	■		■	■	■		■	■	■		■	■	■		■
Explotador				■																		
Acumulativo		■		■	■	■	■		■				■		■				■	■	■	■
Mercantil		■	■							■												

* Se le dio una puntuación de 2.5% para el carácter dominante y 2.5% para el carácter secundario por cada cuestionario

** Dominante y secundario.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. Anderson, Jonathan; Durston, Berry H.; Poole, Millicent, "Redacción de Tesis y Trabajos Escolares", Editorial Diana, México-1977.
2. Brown, Lester R., "Por el Bien de la Humanidad", Editorial Diana, Primera Edición, México-1976.
3. Engels, Federico, "El Origen de la Familia, la Propiedad Privada y el Estado", Ediciones de Cultura Popular, México-1978.
4. Fromm, Erich, "El Arte de Amar", Biblioteca del Hombre Contemporáneo, Editorial PAIDOS, Primera Edición Castellana, Buenos Aires-1964.
5. Fromm, Erich, "El Corazón del Hombre", Colección Popular, Fondo de Cultura Económica, Cuarta Reimpresión, México-1974.
6. Fromm, Erich, "El Miedo a la Libertad", Biblioteca del Hombre Contemporáneo, Editorial PAIDOS, Primera Edición Castellana, Buenos Aires-1968.
7. Fromm, Erich, "Ética y Psicoanálisis", Breviario del Fondo de Cultura Económica, Novena Reimpresión, México-1973.
8. Fromm, Erich, "La Crisis del Psicoanálisis en la Vida Contemporánea", Mundo Moderno, Editorial PAIDOS, Primera Edición Castellana, Buenos Aires-1976.
9. Fromm, Erich, "Sociopsicoanálisis del Campesino Mexicano" Maccoby, Michael, "Sociopsicoanálisis del Campesino Mexicano", Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis, Fondo de Cultura Económica, Primera Reimpresión, México-1974.

10. Hinojosa, Armando Dr., "Análisis Psicológico del Estudiante Universitario. Una Técnica para el Estudio Dinámico del Carácter", La -- Prensa Médica Mexicana, México-1967.
11. Noonan Jr., John T., "Contracepción", Ediciones Troquel, Segunda Edición, Buenos Aires-1973.
12. "Medicina Preventiva", Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ediciones Culturales Mexicanas, México-1976.
13. "Medicina Preventiva Clínica", Anuario de Actualización en Medicina Volumen VII, Instituto Mexicano del Seguro Social, México-1976.
14. "Plan Nacional de Planificación Familiar", Talleres Gráficos de la Nación, México-1977.
15. Programa de Planificación Familiar en el IMSS", Instituto Mexicano del Seguro Social, Ediciones Islas, México-1975.
16. "¿Quiénes Vivirán. El Dominio del Hombre sobre la Vida y la Muerte", Informe Preparado para el Comité de Servicio de los Amigos, Filadelfia, Penn., U.S.A., Editorial Pax-México-1971.

17. *Fundación para Estudios de la Población. Informe Anual 1977.*
México.
18. *Asociación Pro-Salud Maternal, A.C. Informe Anual 1977.*
Investigación y Adiestramiento en Planificación Familiar desde
1959.
19. *Federación Internacional de Planificación de la Familia. "Vasectomía",* Stephen Austin and Sons, Ltd., Hertford, 1972.
20. *Asociación Pro-Salud Maternal, A.C., Vasectomía, Anticoncepción*
Quirúrgica, México-1977.
21. *Córdova, Rosa Ma. Lic. Psic.; Glowinski Klotar, Beatriz Lic. Psic.;*
"Estudio Caracterológico de un Grupo de Trabajadores en una Em-
presa Mexicana", Tesis profesional para obtener el título de Licen-
ciado en Psicología, México-1976.
22. *Cornejo Murrieta José Lic., "La Administración de un Programa Nacio-*
nal de Planificación Familiar en México", Tesis Profesional.
México-1972.