

63
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

**ANÁLISIS DE LOS MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN MÉXICO**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
A C T U A R I O
P R E S E N T A :
NOEMI VELAZQUEZ SANCHEZ

MEXICO, D. F.

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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

Introducción	i
1. Doctrinas y políticas de población	1
1.1 Resumen histórico de las doctrinas y políticas de población	2
1.2 Doctrinas actuales y actitudes	4
1.3 Causas del crecimiento en los países subdesarrollados y en especial en México	6
1.4 Consecuencias	7
1.5 Soluciones posibles	8
2. Presentación del problema	10
2.1 Marco socio-cultural	12
2.2 Marco psicológico	14
2.3 Marco biológico	16
2.4 La familia en su papel de educadora sexual	18
2.5 Principios básicos de la educación sexual	19
3. Sexualidad humana y desarrollo	24
3.1 Aspecto biológico de la sexualidad humana	25
3.2 Aspecto social	26
3.3 Aspecto psicológico	28
3.4 Periodo prenatal	29
3.5 Del nacimiento a los 18 meses	30
3.6 De los 18 meses a los 3 años	31
3.7 De los 3 años a los 5 años	32
3.8 De los 5 años hasta antes de la pubertad	33
3.9 De la pubertad a los 21 años. Adolescencia	34
3.10 De los 21 años a los 30 años. Juventud	37

3.11 De los 30 años a los 45 años. Adulto medio	38
3.12 De los 45 años a los 65 años. Adulto tardío	39
3.13 De los 65 años en adelante. Senectud	40
3.14 Cambios externos e internos en la mujer	40
3.15 Ciclo menstrual	41
3.16 Cambios externos e internos en el hombre	43
3.17 Eyaculación	43
4. Anatomía y fisiología	45
4.1 Órganos sexuales masculinos	46
4.1.1 Órganos sexuales externos	46
4.1.2 Órganos sexuales internos	47
4.2 Órganos sexuales femeninos	49
4.2.1 Órganos sexuales externos	49
4.2.2 Órganos sexuales internos	50
5. Embarazo, parto y puerperio	52
5.1 Embarazo	53
5.1.1 Recomendaciones	54
5.2 Parto	56
5.3 Puerperio	56
5.3.1 Cambios	56
5.3.2 Recomendaciones	57
6. Enfermedades de transmisión sexual	60
6.1 Sífilis	61
6.2 Gonorrea o blenorragia	63
6.3 Enfermedades venéreas menores	65
6.4 Enfermedades venéreas mayores	65
7. Aspectos de la sexualidad en la historia de México	66

7.1 Cultura Azteca	67
7.2 De la conquista al siglo XX	72
8. Planificación familiar	81
8.1 Planificación y antecedentes	82
8.2 Salud	86
8.3 Recomendaciones	90
9. Metodología anticonceptiva	91
9.1 Concepto y antecedentes	92
9.2 Métodos temporales	93
9.3 Métodos permanentes	93
9.4 Clasificación de métodos anticonceptivos	94
9.5 Métodos naturales	94
9.5.1 Ritmo o abstinencia sexual programada	95
9.5.2 Coito interrumpido	96
9.5.3 Lactancia materna	97
9.5.4 Confiabilidad	97
9.6 Métodos locales	98
9.6.1 Preservativo	98
9.6.2 Diafragma	99
9.6.3 Espermaticidas	100
9.7 Métodos hormonales	102
9.7.1 Hormonales orales	102
9.7.2 Hormonales inyectables	104
9.8 Dispositivos intrauterinos (DIU)	105
9.9 Vasectomía	107
9.10 Oclusión tubaria o salpingoclasia	107
10. Promoción social y comunicación en planificación	

familiar	109
10.1 Procesos metodológicos	110
10.2 Organización	111
10.3 Labor educacional	113
11. Encuesta piloto del análisis de los métodos anticonceptivos en México	116
11.1 Análisis de las preguntas más relevantes	117
Conclusiones	127
Anexo 1 Cuestionario de planificación familiar	133
Anexo 2 Resultados estadísticos	143
Anexo 3 Gráficas	162
Bibliografía	201

ÍNDICE DE CUADROS

Pregunta 1	144
Pregunta 2	144
Pregunta 3	145
Pregunta 4	145
Pregunta 5	146
Pregunta 6	146
Pregunta 7	147
Pregunta 8	147
Pregunta 9	148
Pregunta 10	148
Pregunta 11	149
Pregunta 12	149
Pregunta 13	150
Pregunta 14	150
Pregunta 15	151
Pregunta 16	151
Pregunta 17	152
Pregunta 18	152
Pregunta 19	153
Pregunta 20	153
Pregunta 21	154
Pregunta 22	154
Pregunta 23	155
Pregunta 24	155
Pregunta 25	156
Pregunta 26	156

Pregunta 27	157
Pregunta 28	157
Pregunta 29	158
Pregunta 30	158
Pregunta 31	159
Pregunta 32	159
Pregunta 33	160
Pregunta 34	160
Pregunta 35	161

ÍNDICE DE GRÁFICAS DE BARRAS

No.	Título	Pág.
1	¿Ha escuchado hablar sobre la planificación familiar?	163
2	¿Qué es lo que ha escuchado sobre la planificación familiar?	164
3	¿Qué piensa ud. sobre la planificación familiar?	165
4	¿Cuántos hijos considera que es mejor que una mujer tenga?	166
5	¿Con cuántos hijos una familia es pequeña?	167
6	¿Porqué es bueno tener una familia chica?	168
7	¿Porqué es malo tener una familia chica?	169
8	¿Con más de cuántos hijos una familia es grande?	170
9	¿Porqué es bueno tener una familia grande?	171
10	¿Porqué es malo tener una familia grande?	172
11	¿Qué le gusta más a ud. una familia chicha o una familia grande?	173
12	¿Ha oído hablar de los anticonceptivos?	174
13	¿Álguna vez han hecho ud. o su pareja algo para no tener hijos?	175
14	¿Actualmente ud. o su pareja hacen algo para no tener hijos?	176
15	¿Qué hacen ud. o su pareja para no tener hijos?	177
16	¿Dónde consiguió el método mas efectivo?	178
17	¿Desde cuando usa el método mas efectivo?	179
18	¿Qué fué lo último que hicieron ud. y su pareja para no tener hijos?	180

19. Si ud. pudiera escoger el no. de hijos para tener en toda su vida, ¿cuántos tendría?

181

ÍNDICE DE GRÁFICAS

20	¿Ha escuchado hablar sobre la planificación familiar?	182
21	¿Qué es lo que ha escuchado sobre la planificación familiar?	183
22	¿Qué piensa ud. sobre la planificación familiar?	184
23	¿Cuántos hijos considera que es mejor que una mujer tenga?	185
24	¿Con cuántos hijos una familia es pequeña?	186
25	¿Porqué es bueno tener una familia chica?	187
26	¿Porqué es malo tener una familia chica?	188
27	¿Con más de cuántos hijos una familia es grande?	189
28	¿Porqué es bueno tener una familia grande?	190
29	¿Porqué es malo tener una familia grande?	191
30	¿Qué le gusta más a ud. una familia chicha o una familia grande?	192
31	¿Ha oído hablar de los anticonceptivos?	193
32	¿Alguna vez han hecho ud. o su pareja algo para no tener hijos?	194
33	¿Actualmente ud. o su pareja hacen algo para no tener hijos?	195
34	¿Qué hacen ud. o su pareja para no tener hijos?	196
35	¿Dónde consiguió el método mas efectivo?	197
36	¿Desde cuando usa el método mas efectivo?	198
37	¿Qué fué lo último que hicieron ud. y su pareja para no tener hijos?	199
38	Si ud. pudiera escoger el no. de hijos para tener en toda su vida, ¿cuántos tendría?	200

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es analizar los métodos anticonceptivos y enfatizar la necesidad de promover intensamente su uso, puesto que los programas hasta ahora implantados no han obtenido todos los resultados esperados.

Hasta hace pocos años, las poblaciones de los países subdesarrollados tenían tasas de natalidad y de mortalidad muy elevadas presentaban así una situación de equilibrio semejante a las de las poblaciones europeas en los tiempos de Malthus. Hoy, gracias a la aplicación de la medicina moderna, ese equilibrio milenario se ha roto y dichas poblaciones experimentan un rápido crecimiento. Si el progreso de estas regiones no se adelanta al incremento demográfico, el mundo no tardará en encontrarse con una cantidad de hombres mucho mayor que el actual.

La preocupación por los problemas demográficos y sus consecuencias es antigua, pero tal vez su precedente más conocido sea Malthus, quien en el siglo pasado responde con una perspectiva pesimista a la posición idealista que hacían diversos autores del futuro de la población mundial. Para Malthus si la población no se frenaba por ningún obstáculo (guerras, epidemias o control de la natalidad), crece según progresión geométrica (1, 2, 4, 8, ...) y se duplica cada veinticinco años mientras que en las circunstancias más favorables, las subsistencias no pueden aumentar a un ritmo superior al de una progresión aritmética (1, 2, 3, 4, ...).

Las ideas de Malthus prendieron en el pensamiento liberal, pero frente a ellas reaccionaron los movimientos nacionalistas (el número hace la potencia de un país). El socialismo tanto el utópico como el marxista, opinan que el problema no es demográfico, sino de injusta distribución de la riqueza, las iglesias católicas y protestantes, que no admiten control de las poblaciones.

En nuestro tiempo prácticamente se producen las mismas posturas y en muchos países el Estado interviene en los hechos demográficos preocupados por los problemas del crecimiento demográfico y por los más directamente interrelacionados con él. Aunque la gravedad del problema es distinta en las diversas partes del mundo.

Sin embargo, haciendo a un lado a todas las teorías o posturas es importante observar que el problema se debe principalmente al fuerte desequilibrio existente entre los diversos países del mundo, pues en los países mas pobres donde el futuro parece más pesimista, es donde se observan las mas altas tasas de natalidad, por lo que será preciso buscar un nuevo orden económico mundial que ayude a estos países a salir del problema, pues resulta claro que los problemas mundiales solo podrán tener una solución mundial, nacida de la inteligencia, la imaginación y la buena voluntad de todos los pueblos para asegurar que la calidad de la vida responda a los deseos de toda la humanidad.

El objetivo de este trabajo es analizar los métodos anticonceptivos para que los conozcan detalladamente la población, los efectos de estos y los utilicen.

Cuando el hombre y la mujer eligen su contraceptivo se observa que atraviesan por distintas situaciones a lo largo de su experiencia sexual.

La población en edad escolar empieza a cuestionarse sobre determinado control de la natalidad.

A la población se le debe ofrecer toda la información posible sobre la contracepción para asumir responsablemente el control de su sexualidad y la decisión de cuándo, cómo y cuántos hijos quieren traer a este mundo.

Escoger el número de hijos y el momento de tenerlos ha sido una aspiración de la pareja humana a lo largo de los siglos. La ciencia médica ha avanzado mucho en este sentido sobre todo desde la aparición de la píldora en 1956.

La salud de la mujer que decide controlar su fecundidad, sus convicciones religiosas o los problemas de adaptación a determinados métodos son datos que debe tener en cuenta a la hora de decidirse por un control determinado.

Casi toda la investigación moderna sobre contracepción se centra en el organismo femenino porque es más fácil controlar la ovulación que se produce una vez al mes, que la continua fecundidad masculina.

Hay momentos en la vida de la pareja en que conviene que sea él quien se haga cargo del control de su fecundidad. Los métodos que están a su disposición son menos pero a veces mejores.

Antes de iniciar la utilización de un método determinado, es conveniente sopesar también los problemas que acarrea a nivel psicológico, moral y de la propia sexualidad.

Desde que se aprobó la ley de población se han difundido los métodos anticonceptivos y se ha ido formando una amplia red de centros de planificación familiar, así como asociaciones para la protección de la mujer y la familia.

En este trabajo se analizan los métodos anticonceptivos más importantes, un cuestionario de planificación familiar y se presentan algunos resultados de manera gráfica.

CAPITULO PRIMERO
1. DOCTRINAS Y POLÍTICAS DE POBLACIÓN

En este capítulo se analizan las doctrinas de población, se efectúa un resumen histórico. Se estudian las doctrinas actuales y las actitudes, se observan las causas del crecimiento poblacional en México, sus consecuencias y soluciones posibles.

El desarrollo de una población está ligado a diversos factores sociales que es necesario estudiar para encontrar alguna ley de la población, que sin embargo quedará expuesta a la existencia de intereses personales, de individuos o de grupos sociales nacionales, de los cuales una doctrina logra difícilmente librarse completamente.

Política demográfica: es el conjunto de medidas adoptadas por los gobiernos que expresamente pretenden influir sobre las variables demográficas.

Sobre el problema de la cantidad de habitantes, los teóricos siempre se han dividido en dos tendencias: una poblacionista y otra antipoblacionista, hoy se diría malthusiana.

El punto de vista económico es el más importante, sobre todo en los tiempos actuales pero las condiciones religiosas, morales o políticas desempeñan un papel importante.

1.1 RESUMEN HISTÓRICO DE LAS DOCTRINAS Y POLÍTICAS DE LA POBLACIÓN

En un principio, en la humanidad se puede encontrar la concepción patriarcal, basada en la autoridad y la desigualdad. Todo aumento se miraba favorablemente ya que un hombre más enriquece al soberano ó por lo menos acrecienta su poder.

Durante el renacimiento se produce la emancipación del individuo que ve nacer las doctrinas restrictivas y desde entonces los problemas entre los partidarios de ambas tendencias se distinguen por el punto de vista económico que adoptan:

Turneau de Morandiere, hacia el año de 1750 todavía afirmaba que: "Hay que multiplicar los súbditos y el ganado".

Voltaire decía "El punto principal no es tener un exceso de hombres, sino que los que existan sean los más dichosos posibles".

Quesnay y los fisiócratas consideraban que el aumento de la población es deseable, pero que se le debe regular de acuerdo con las subsistencias. Sin pensar, de ningún modo, en limitar los nacimientos, proclamaban la necesidad de inversiones (llamados adelantos a la tierra) para poder nutrir cada vez más hombres.

Malthus relaciona la multiplicación de los hombres con las subsistencias y alentó formalmente la limitación de los hijos en el matrimonio (por continencia solamente), pero por una curiosa paradoja histórica, es en el mismo momento en que el progreso técnico se acelera y permite por fin un crecimiento durable de la población cuando la tesis de la restricción se pone en práctica.

En el Siglo XIX algunos liberales estimaban que la población se regulaba por sí misma mediante un mecanismo apropiado. Según la Ley de bronce, los salarios no pueden elevarse por encima de un mínimo vital a causa de la tendencia continua del aumento de las bocas para alimentar.

Sobre estas discusiones económicas se insertan ideas morales y religiosas, los conservadores se dividen: unos (discípulos de Malthus), realistas temen una multiplicación excesiva de los pobres, tanto que algunos en lugar de continencia recomiendan prácticas anticonceptivas "intervenciones contra la naturaleza" otros continúan aferrados a la tradición.

No obstante, Marx combate formalmente a Malthus y a sus discípulos al afirmar que la miseria obrera no proviene de la superpoblación sino del régimen de propiedad privada.

1.2 DOCTRINAS ACTUALES Y ACTITUDES

Hay que distinguir las doctrinas y las actitudes. Una doctrina de población es un conjunto de ideas correctamente formuladas que, al mismo tiempo que se esfuerzan en ser coherente y adecuada a la realidad, fijan algunas posiciones o actividades sobre diversos problemas que se presentan; natalidad, prácticas anticonceptivas, beneficios familiares, jubilaciones por vejez, etc.

Las actitudes son una serie de medidas legislativas que no solucionan el problema demográfico sino que lo detiene relativamente por un tiempo.

La doctrina marxista dice que la superpoblación tiene carácter social, no se debe a un excedente de hombres sobre los recursos naturales; por el contrario es una consecuencia del régimen de la propiedad privada que, al limitar a algunos el acceso a la riqueza, elimina a los otros. Además el desarrollo normal está frenado: los descubrimientos científicos y técnicos están mal explotados.

No obstante desde que el gobierno chino en 1957 tomó una posición algo diferente esta doctrina comenzó a evolucionar. Hoy destaca la utilidad de la limitación del número de hijos en el cuadro familiar.

El catolicismo parte de conceptos imperativos (prohíbe la unión sexual sin deseo de procreación) y contribuye sobre esta base a una doctrina optimista en materia de población.

Bases para una doctrina racional. Dos peligros deben conjugarse: el exceso y la escasez de población. Entre estos dos extremos se puede concebir un equilibrio o una posición óptima o razonable.

Es muy difícil buscar razonamiento que pruebe de manera absoluta que todo crecimiento demográfico es favorable o desfavorable, enriquece o empobrece, eleva o disminuye, por lo que constituye un problema determinar el nivel óptimo de una población, ya que una población a la vanguardia de la técnica

puede vivir y crecer en el bienestar, aún cuando el país sea pobre en recursos naturales.

Malthus dijo que al crecer más rápido la población que las subsistencias, convendría limitar los nacimientos. El incremento económico del siglo XIX echó abajo esta actitud.

Hasta un reciente periodo las poblaciones de los países subdesarrollados tenían las mismas características que las poblaciones europeas del tiempo de Malthus y especialmente alta fecundidad y alta mortalidad.

Los pesimistas estiman que la Tierra está superpoblada, que los recursos faltarán y que conviene introducir el control de nacimientos en las poblaciones amenazadas por el hambre.

Los optimistas tienen confianza en el progreso de la ciencia y piensan que la Tierra podrá alimentar todavía a una cantidad mayor de hombres (algunos hablan hasta de 12,000 millones).

La población mundial se estima en la actualidad en 5,500 millones de habitantes aproximadamente, que relacionada con la superficie de las tierras emergidas, esta cifra ofrece una densidad media.

En el siglo XVII Riccioli estimaba la población de la Tierra en 1,000 millones de habitantes. Las evoluciones posteriores fueron siempre menores y es necesario llegar a 1843 para encontrar una cifra mayor, Michelot (1,009 millones de habitantes). En 1878, 1,400 millones según Lavasseur; 1,650 millones en 1914 según Knibbs; 2,245 en 1930, 2,900 millones de habitantes en 1959. En 1960 según la O.N.U. 4,414 millones de habitantes de los que 1,131 millones vivían en los países considerados por la O.N.U. como desarrollados y 3,283 millones en los países subdesarrollados.

En México afortunadamente se dispone de censos desde fines del siglo pasado, que han permitido seguir paso a paso el crecimiento de la población, así como

algunas de sus características. El primer censo de población se realizó en 1895, el segundo en 1900 y a partir de entonces, cada diez años se levanta un censo a excepción del que debía efectuarse en 1920 que se cubrió en 1921, por motivo de la etapa violenta de la Revolución Mexicana.

Antes el recuento de la población se hacía con base a estimaciones o cálculos hechos con información de diversos tipos, como registros parroquiales de bautizos, bodas y defunciones, o datos aportados por el registro civil que se inició en 1867.

1.3 CAUSAS DEL CRECIMIENTO POBLACIONAL EN LOS PAÍSES SUBDESARROLLADOS Y EN ESPECIAL EN MÉXICO

A continuación se presentan las causas del crecimiento poblacional en los países subdesarrollados:

- Progreso en la medicina, ya que contribuye a atacar las grandes enfermedades en los niños y para todos los países las epidemias.
- Disminución de la mortalidad, ya que se producen menor número de defunciones, debido al progreso de la medicina y al mejoramiento de las condiciones de salubridad como son: atención médica, vacunación, centros hospitalarios, el mejoramiento en higiene.
- Aumentar los servicios públicos, como son agua potable, pavimentación, luz eléctrica, etc.
- Aumento de la esperanza de vida.
- Por los puntos anteriores ha aumentado la natalidad.
- Desarrollo de la industria, lo que origina mayor número de empleos, lo que contribuye a las migraciones.
- Migraciones, gente que sale de su lugar de origen para ir a otro donde encuentre mejores perspectiva de vida.

Ahora bien las causas anteriores forman parte del crecimiento poblacional de México, pero se encuentra de mayor arraigo las siguientes:

- El machismo, es la idea de que el varón debe mostrarse superior a los demás, teniendo el mayor número de hijos posibles a los que no puede mantener ni educar.
- La religión, debido a que prohíbe la privación de la concepción e influye en la ideología del ser humano.
- En la familia de bajos recursos económicos se tiene la idea de tener muchos hijos para que cuando crezcan o si es posible de corta edad, trabajen y contribuyan con los gastos familiares.
- El predominio de contactos sexuales sin precaución entre la población juvenil (entre 15 y 20 años) que trae como consecuencia la falta de concientización de lo que es ser madre o padre y la responsabilidad que se adquiere al tener hijos.
- La nupcialidad a corta edad.
- El consumismo ya que entre mayor población hay, mayor será el provecho de los industriales.
- Los medios de difusión masiva que son el radio, cine y televisión, los cuales distorsionan la información y los jóvenes se dejan llevar por la gran difusión publicitaria que casi siempre es negativa y no contribuye al desarrollo del país y mucho menos a crear conciencia de la problemática del crecimiento poblacional.

1.4 CONSECUENCIAS

Se enumeran los conflictos y las carencias que produce el exceso de población:

- Problemas de vivienda, entre mayor sea el número de habitantes mayor será la escasez de vivienda.
- Falta de servicios que impiden la realización de programas sociales.
- Falta de escuelas, hace que aumente el analfabetismo.

- Insuficiencia de centros de salud, que provoca que una considerable parte de la población no tenga acceso a estos servicios.
- Falta de transporte, que ocasiona un desplazamiento lento en las ciudades y cansancio de los habitantes al llegar a sus centros de trabajo o educativos.
- Declinación del nivel de vida, ya que no se pueden cubrir las necesidades de la población.
- Protestas sociales debido a que gran parte de la población no cubre ni sus necesidades más elementales.
- Enfermedades neuróticas, como la histeria.
- Alcoholismo, que es una salida de muchos habitantes como respuesta a los problemas que tienen que enfrentar.
- Drogadicción, que es una salida de muchos habitantes principalmente jóvenes a todos sus problema económicos, familiares y sociales.
- Subempleo o desempleo, causado por las migraciones del campo a la ciudad debidas a que no se desarrollan actividades en el campo que arraigan a sus habitantes y que al no encontrarlos emigran a las ciudades y se emplean en actividades improductivas y mal remuneradas, contribuyendo al surgimiento de cinturones de miseria alrededor de las ciudades.
- Delincuencia debido a la falta de empleo principalmente.
- Contaminación, como: ruidos, polvo, basura, smog, etc.
- Sobre utilización de los recursos naturales, alterando los ecosistemas.
- Falta de alimentos que como consecuencia viene la desnutrición.
- Falta de servicios públicos como el agua que escasea con frecuencia, falta de pavimentación que ocasiona enfermedades en la población.

1.5 SOLUCIONES POSIBLES

Se exponen algunas soluciones urgentes que requieren de atención inmediata:

- Concientizar a la población acerca del problema.

- Implantar una política demográfica firme y de acuerdo a las características del país.
- Extender la difusión del control natal a nivel nacional e intensificar dichos programas.
- Exigir la responsabilidad paterna.
- Disminuir los deducibles de impuestos por cada hijo que se tenga.
- Retardar la edad de contraer matrimonio.
- Otorgar permiso de matrimonio a la edad de 25 años.
- Realizar una planeación real y efectiva de los recursos naturales del país para su explotación en beneficio de toda la población.
- Realizar una reforma agraria en donde se imponga la creación de nuevas actividades en el campo que arraiguen a la población y mejoren su nivel de vida.
- Brindar una serie de apoyos a las familias que cuenten con uno o dos hijos como guarderías, escuelas, becas, servicios médicos, etc., que irán disminuyendo si tienen más hijos.
- Realizar estudios regionales en todo el país para impulsar las zonas menos habitadas, para que se pueda trasladar la población excedente otorgando una serie de estímulos y beneficios.

CAPITULO SEGUNDO
2. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

Este capítulo presenta la dinámica del crecimiento de la población, el papel de la familia como educadora sexual. Se separan los marcos: social, cultural, psicológico y biológico. Los principios que la familia realiza en la educación sexual.

El desarrollo social del país exige una atención de primera importancia a la familia que, como célula básica social, es fundamental en los procesos de integración y de solidaridad en toda comunidad. A su vez el grupo familiar está sometido a un proceso continuo de cambio. La dinámica del crecimiento de la población y el aumento de la población urbana, en gran medida estimulada por las migraciones de campo, hacen que muchas características y relaciones se transformen en el seno de la familia.

El avance de las economías industriales produce cambios importantes. La mujer cuenta con mayores oportunidades de trabajo, los jóvenes requieren de una educación más prolongada de acuerdo a los niveles tecnológicos actuales y el tamaño medio de la familia con un número de hijos menor. El papel educador de la familia se tiene que vincular más con el sistema educativo, pues los padres ocupan más tiempo en su desempeño laboral. Por ello en las comunidades de bajos recursos se requieren cada vez mayores necesidades de orientación sobre planificación familiar.

Los individuos pertenecientes a una sociedad como la mexicana en un proceso de cambio, precisan de más conocimientos para una solución de los problemas y situaciones que están modificando su forma de vida. El interés de la familia no puede separarse de las instituciones y de la solidaridad sociales.

Algunas funciones relevantes de la familia, consisten en la reproducción, la regulación de la vida sexual, la formación de valores, creencias y actitudes de los niños, para cuya responsabilidad los padres requieren de orientación.

Dentro del control de la natalidad se encuentra la Paternidad Responsable, cuyos objetivos son los de propiciar la integración de la vida familiar, de conciliar el crecimiento de la población con las necesidades de desarrollo social, económico y el de fomentar la educación sexual de la población. El programa de Paternidad Responsable comprende dos subprogramas: el de Educación Sexual y el de Planificación Familiar, al que se aboca este trabajo.

En su módulo de planificación familiar, este trabajo proporciona información sobre concepción, embarazo, parto y puerperio, métodos anticonceptivos y comunicación para la planificación familiar. La parte de Educación Sexual tiene por objeto establecer las bases principales de orden biológico que actúan en los procesos de reproducción, en la formación de determinadas actitudes y en el desarrollo psicosexual de la población, lo cual permitirá enriquecer la cultura, ética y la comprensión de la vida social.

2.1 MARCO SOCIO-CULTURAL

Este comprende factores de tipo histórico, económicos, políticas gubernamentales, religión, condiciones geográficas, etc., los cuales se comentan a continuación:

México es un país, como muchos otros, altamente religioso, lo cual obliga a que con referencia a lo sexual, la religión tenga una influencia preponderante, muchas de las creencias relacionadas con la relación sexual, los roles del hombre y conductas sexuales en general, están reforzadas por la religión judeocristiana y se encuentran sumamente arraigadas a la vida del mexicano. El uso de métodos anticonceptivos también ha influido en modificar la idea que se tenía sobre la sexualidad, como el de centrar las relaciones sexuales exclusivamente a la reproducción. Estos cambios se encuentran apoyados por la política de planeación demográfica. Puesto que los factores sociales y culturales afectan directamente a la familia, a las funciones que ella asuma y las

formas en como las realice en la sociedad, difícilmente se puede estandarizar una definición de lo que es la familia; ni siquiera si se refiere a México, la familia mexicana no es una realidad homogénea, sino una variedad de realidades dadas por el ámbito geográfico, cultural y económico.

Otros factores que apoyan lo anterior son la diversidad de formas que tiene la familia mexicana, en cuanto al número de miembros que la componen. Así, se puede encontrar que existen familias integradas por padres e hijos y otras, compuestas por otros miembros como son: abuelos, tíos, compadres o parientes en general, o bien familias donde el padre está ausente, que quizás sea en porcentaje, una de las más frecuentes formas de organización familiar. Esto tiene una importancia vital en relación a la familia, entre muchas otras cosas, ya que la vida cotidiana, la forma en como se distribuyen las tareas familiares o roles es distinta, dependiendo de los casos. Igualmente, la influencia de otros miembros de la familia serán más evidentes si estos viven juntos, aunque dependerá del valor que la familia misma otorgue a cada uno de los miembros que la componen.

Asimismo, la clase social a la que pertenezca la familia le imprimirá a esta, cualidades, intereses, formas de vida, normas y valores específicos, los que a su vez, le darán un matiz especial a la forma en como educará a sus miembros.

La región en donde se localice la familia condicionará a su vez, una serie de conductas, hábitos, costumbres, etc., que tendrán también fuerte influencia en lo sexual, un ejemplo de esto es el tipo de vestimenta que, dependiendo del clima es permitido o no.

De estos aspectos, entre otros, dependerá que la sociedad acepte o rechace conductas y pautas sexuales, y por consiguiente que la familia responda acorde a estas normas.

Las costumbres, tradiciones y creencias de cada sociedad como bien sabemos, se van transmitiendo de generación en generación, por medios diversos, más el lugar que ocupa la familia para tal fin es preponderante.

La familia continúa con las normas y valores de sus propias familias de origen, es decir, los adultos transmiten la educación que recibieron de sus padres aunque, esto no niega que se entablen nuevas pautas de acuerdo a la nueva familia en formación.

En términos generales, podemos decir, que si bien es cierto que la familia funciona acorde a la sociedad a la que pertenece, sirviendo de filtro de lo social a lo individual y viceversa, dependerá en mucho de factores socio culturales el papel que ella asuma.

2.2 MARCO PSICOLÓGICO

No obstante, aunque el ser humano y la familia respondan a condiciones y exigencias sociales; cada familia actúa también acorde a circunstancias particulares y condiciones individuales es decir, a factores psicológicos, los que hacen que cada familia y cada miembro de ella sean únicos.

Cada individuo ocupa un lugar dentro de su grupo familiar, por lo que va a tener una visión particular y roles específicos dentro de ella. El sujeto estructura su personalidad a partir de las experiencias que va teniendo a lo largo de su vida; cada una es asimilada en forma individual, por lo que un mismo hecho puede ser percibido como agradable, frustrante, alegre, triste, positivo o negativo, etc., dependiendo de cada persona.

Lo que para un individuo puede ser favorable, para otro puede producir confusión y esto depende de una multitud de razones tanto sociales como psicológicas. Así, una experiencia familiar, como la llegada de un hermano, puede ser un hecho positivo para la familia en una época o puede provocar, en otro tiempo, una crisis.

La manera como la familia enseña a sus integrantes a adaptarse a su sociedad y por lo tanto también a tener una sexualidad determinada, no sólo se da por medio de mensajes verbales, sino también a través de mensajes no verbales como son: actitudes, conductas, sentimientos y la forma de vida cotidiana de la familia, la cual responderá básicamente a los valores que los padres y no sólo ellos sino los adultos en general, tengan con respecto a la sexualidad.

Aceleradamente se han ido modificando valores, creencias e ideas con respecto a la sexualidad, estas se han dado tan rápidamente que de una generación a otra se encuentran diferencias muy considerables. Ahora, por ejemplo, se hace mucho hincapié en la importancia de hablar con los hijos sobre estos temas, ser abiertos, brindar confianza, responder sus dudas, hablar con la verdad, etc., son elementos importantes que sirven para dar apoyo a la educación sexual de los hijos. Sin embargo, las experiencias de la mayoría de los padres y adultos en general han sido otras. Antes no se tocaban esos temas porque se pensaba que eran "temas sucios", "malos", "secretos", o de los que simplemente no se debía hablar. Desprenderse de estas ideas tan arraigadas y aceptar otras, crea confusión y requiere cuestionar la propia educación y los propios valores para adaptarse y entender los cambios que socialmente y al interior de la familia se van dando.

Hablar de la familia como educadora de la sexualidad, es hablar, no de un hecho estático, sino de un proceso siempre en movimiento, de incorporación de valores, creencias, conocimientos y actitudes, donde los educados no solamente son los hijos sino que estos a la vez, con sus dudas, inquietudes, ideas, etc., permiten a los padres y adultos, alimentar, cuestionar y aprender de ellos.

Puesto que la familia es la principal fuente de afecto de los miembros que la componen y todo ser humano requiere de sentirse querido; la aceptación y rechazo, confirmación de las conductas, actitudes y sentimientos de sus

miembros, irán configurando sus personalidades y como parte de su personalidad, su sexualidad.

Psicológicamente es importante el lugar y papel que ocupa cada miembro familiar. La familia, no abiertamente, le da un rol a seguir a cada sujeto, así por ejemplo, el hijo mayor tendrá funciones especiales que no tendrán los otros miembros. Cada individuo aunque no sea conscientemente, sabe qué papel debe realizar, así como los beneficios y perjuicios que tal papel le brinda, así también sucede con respecto al rol sexual, se aprende a ser hombre o mujer, según las actividades que de manera oculta o abierta apoya la familia.

Si alguno de los integrantes de la familia no responde a lo que se le pide que responda, como puede ser: realizar labores domésticas por ser mujer o cuidar a las hermanas por ser hermano varón y el mayor, etc.; la familia le hace sentir su rechazo. Este se puede manifestar de diversas maneras: castigándolo, haciéndole sentir culpable por no cumplir con su deber, retirándole sus demostraciones de afecto; ignorándolo, reprochándole, etc., actitudes que según el tipo de persona y familia, tendrán mayor o menor significación y fuerza efectiva. De lo anterior dependerán las implicaciones que tales hechos tengan en la personalidad del sujeto.

En síntesis, la familia desde el punto de vista psicológico, va moldeando la personalidad de sus integrantes y como parte integral de su personalidad, su sexualidad; por medio de actitudes y conductas que tengan significación en los sujetos, por las implicaciones afectivas que tales conlleven, como son sentirse aceptado o rechazado, culpable, satisfecho, etc.

2.3 MARCO BIOLÓGICO

La sexualidad humana, a lo largo de la historia ha estado marcadamente diferenciada por sexos. Ser hombre o ser mujer, en las distintas sociedades y

culturas, desde el punto de vista que se quiera ver, ha tenido significaciones distintas, sobre todo en función de los roles que se le asignan a cada uno.

Hasta la fecha biológicamente se han señalado las diferencias físicas entre uno y otro sexo, a raíz de lo cual, se les han atribuido social, cultura, política, económica y psicológicamente otras, como son: formas de sentir, de actuar y de comportamiento en general.

Dicho en otras palabras el tener un cuerpo sea de hombre o de mujer, no solamente ha tenido repercusiones a nivel de su funcionamiento físico; como es su función en cuanto a la reproducción; sino que a tales diferencias anatómicas se les han aparejado una serie de significaciones de otra índole; sin embargo han aparecido como inherentes al sexo mismo.

Dentro de nuestra cultura prevalece que el ser hombre implica, entre otras muchas cosas, ser fuerte, ser económicamente productivo, ser el jefe de familia o realizar actividades deportivas o interesarse en ellas. Así como ser mujer ha significado en términos generales, ser débil, sumisa, sentimental, buena ama de casa y virgen.

Es entonces, a partir de una diferencia biológica, que sexualmente se determina tanto la personalidad, forma de vida, sentimientos, intereses y sexualidad de los individuos, entre otras tantas cosas.

El papel de la familia sobre este punto es determinante. Los hijos cotidianamente viven estas diferencias sexuales en sus padres y aprenden según su sexo, a ser y comportarse como la sociedad ha establecido y como la familia misma lo está viviendo. Así la hija ayudará a la madre en las tareas domésticas y el hijo aprenderá a ser hombre en la manera en como lo es su padre.

Puede aquí parecer más claro, como lo social, lo biológico y lo psicológico se mezclan, para estructurar una sexualidad determinada. Por un lado, acorde con las normas que socialmente se le asignan a uno u otro sexo a partir de sus

diferencias biológicas y reforzada y aceptada tanto por la familia, como por la sociedad en general. Lo cual, por otro lado es psicológicamente importante para el ser humano.

Una vez señalado lo anterior cabe retomar lo ya mencionado en renglones pasados; el hablar del papel de la familia como educadora sexual es hablar de un proceso, de un hecho que nunca acaba y que se va renovando y enriqueciendo con la experiencia y con los cambios tanto sociales, biológicos, psicológicos, y familiares que han establecido nuevas normas y valores a seguir. Como sabemos, también las normas, conductas y costumbres dependerán de factores culturales, políticos, religiosos, históricos y económicos; sin embargo sobre sexualidad y sobre el papel que cumple la familia como educadora sexual, precisamente porque educar es un proceso, ya que existen y existirán nuevas concepciones y hechos reales que preocuparán y confrontarán las normas preestablecidas de las familias y de la sociedad en general, sean cuales sean.

2.4 LA FAMILIA EN SU PAPEL DE EDUCADORA SEXUAL

Se sabe que la familia cubre, entre otras, la tarea de adaptar a sus integrantes a la sociedad, del tipo que ella sea, por lo que se dice que cumple una función social. Asimismo, se sabe que como parte de su función educativa y hasta con recordar la propia experiencia, la familia ejerce un papel de primordial importancia en la conformación de la sexualidad de todo individuo.

El hombre conserva a la familia como el centro fundamental de sus actividades y de sus referencias. La familia satisface en mucho las necesidades tanto económicas como afectivas de sus miembros. Por esta razón, la fuerza e influencia que ésta tiene actualmente, tanto al interior de ella misma como a la sociedad en general, tiene un peso considerable desde múltiples aspectos incluyendo el sexual, por lo que la necesidad de su estudio se hace patente.

La familia sirve como filtro de lo social a lo individual, es así como la sociedad le asigna determinadas funciones y su cumplimiento al interior de la misma repercute en la sociedad en general.

Las formas como la familia cumple su papel de educadora de la sexualidad dependerá esencialmente de tres aspectos interrelacionados: 1) el socio-cultural, 2) el psicológico y 3) el biológico.

2.5 PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

Los sentimientos y conflictos de cada individuo, matizados por su historia personal se reflejan en sus formas de actuar sus actitudes y en general en su estilo de interacción.

La educación sexual, se realiza tanto a través de acciones como de indicaciones verbales. De ahí que sea tan importante cuidar la congruencia de lo que los modelos de imitación, los padres y/o adultos emiten verbalmente y lo que transmiten con el ejemplo.

Las enseñanzas e indicaciones verbales, cumplen la función de ilustrar, explicar y reforzar las conductas y actitudes. Dentro del lenguaje verbal es muy importante considerar aspectos, como el tono de la voz o las expresiones faciales que lo acompañan, ya que esto, sobre todo en sexualidad, produce impacto en el niño, pudiendo ser positivo o negativo. En ocasiones decimos algo agradable, pero si esto se acompaña con un tono de voz o una expresión facial de molestia, por ejemplo, el mensaje parece contradictorio, lo que produce confusión.

Generalmente muchas de estas actitudes son inconscientes, de ahí que resulte difícil su control; sin embargo, este hecho puede contribuir a una mejor interacción.

Las acciones, como son el comportamiento, las actitudes, gesticulaciones, etc., de los adultos, constituyen un ejemplo a seguir por los individuos en formación,

que ocupa sin lugar a duda, una parte importante en la educación. La vida futura del niño será en gran parte, el resultado de los ejemplos recibidos en el hogar. En esta transmisión por medio de acciones están implícitas las normas, valores y conductas practicadas por los padres. La sexualidad es una parte integral de la vida, es una formación específica que requiere el uso de los mismos mecanismos, verbalizaciones y acciones que se utilizan en la educación en general.

La familia en ocasiones adopta algunas conductas con respecto a ella, que en lugar de provocar un desarrollo armónico en la persona, lo frenan y desequilibran.

La actitud que los padres tengan ante la sexualidad propia y de los demás, determinan la educación que estos son capaces de dar a sus hijos.

La comunicación que los padres y demás miembros de la familia establecen entre ellos y con los niños y adolescentes, dará una pauta importante en la relación familiar, y especialmente en la educación de la sexualidad. Si los hijos saben que con sus padres pueden hablar sin temor sobre sus problemas e inquietudes, frecuentemente acudirán a ellos.

La forma en que los padres se comunican y relacionan como pareja, así como las funciones que desarrollan de acuerdo a su sexo, proporciona un modelo que los hijos generalmente repiten, adoptando como suyo. Por otro lado, la aceptación de la propia sexualidad, por parte de los padres, facilitará la incorporación de estas conductas dentro del proceso educativo del niño.

Cuando este tema es tratado de manera abierta en la familia, evita que los hijos se formen una imagen del sexo como algo negativo, malo o desagradable. Una de las consecuencias que de esto se desprende será que se favorezcan la formación y desarrollo de una relación futura de pareja al darse la posibilidad de una plena vida sexual.

El niño debe considerarse como el receptor activo de todo este proceso de asimilación de los valores y costumbres. Como se sabe el ser humano atraviesa por una serie de momentos en su desarrollo que se caracterizan por diferentes inquietudes, intereses y necesidades de conocimiento, que todo adulto debe tomar en cuenta.

El conocimiento real que los padres tengan de lo que el hijo hace y piensa, va a estar condicionado por la forma en que lo escuchen. Generalmente no se escucha de manera "activa", es decir se oye sin entender lo que el hijo está diciendo.

Para lograr escuchar activamente, es importante prestar atención a lo que él habla, y cuando plantea una pregunta los padres pueden utilizar diversos mecanismos para descubrir que es exactamente lo que los niños quieren saber. Una forma de hacerlo consistirá en revertir lo que pregunta, o en el uso de otras preguntas que alienten al niño a continuar expresando lo que él quiere decir y poder dar una respuesta precisa y que le sea útil, es decir, que vaya de acuerdo a su interés.

Generalmente los padres siguen uno de dos caminos en cuanto al intento informativo, en el caso de la educación sexual se debe prestar especial cuidado a ello. Algunos padres son autoritarios con sus hijos, usan amenazas, castigos, etc., para forzarlos a obedecer. Otros padres los dejan en completa libertad, esperan de ellos un desarrollo espontáneo.

Cualquiera de las dos actitudes extremas tiene inconvenientes como los siguientes:

Los padres autoritarios pueden llegar a obstaculizar el proceso de desarrollo de sus hijos ya que esa actitud bloquea la comunicación, generalmente infunde temor o impide la expresión de sus sentimientos, inquietudes y necesidades.

Los padres liberales en extremo al no poner límites a sus hijos, fomentan en general el capricho, el mal comportamiento y una dificultad para su adaptación social.

Estos dos comportamientos generalmente se combinan creando mayor confusión, el ideal sería mantener un punto medio entre ambos. Es necesario y corresponde a los padres decir a sus hijos lo que pueden hacer y lo que deben evitar. Es conveniente que la autoridad de los padres sea entendida por los hijos como una fuerza que proviene del afecto y no como una presión. Ciertamente deben respetar los límites establecidos por sus padres, tenerles respeto y consideración, pero esto no sólo es obligación de ellos. Para que los hijos respeten y crean en sus padres, es necesario que estos también los respeten, crean en ellos y expliquen el porque de su comportamiento.

Existen algunos principios que en general el adulto debe adoptar para lograr una buena educación, sobre todo una buena educación de la sexualidad. Esto se refiere al hecho de manejarse con conceptos reales y siempre con la verdad. La respuesta que se brinde deberá ser breve y concreta, si esto no satisface al niño y consecuentemente elabora otra pregunta, la información deberá ampliarse siguiendo el mismo proceso.

Si el adulto no sabe la respuesta a alguna pregunta específica del niño, no es bueno inventar, es mejor buscarla con el niño.

A continuación se presentan algunas sugerencias para el adulto en la educación sexual del niño:

a) Decir la verdad. El niño y el adolescente siempre preguntan sobre algo que les inquieta, no hacen preguntas inútiles y no aceptan el engaño, la falsedad. En educación sexual, a veces creemos que no es necesario, por ejemplo: darle una información determinada suponiendo que no "entiende", o que "no tiene la edad suficiente para recibirla".

Si el adulto conoce con exactitud lo que el niño está preguntando, entonces lo adecuado es dar la respuesta precisa, porque significa que el niño está apto para recibirla o que inclusive, posiblemente, tenga alguna información previa que generalmente es distorsionada y esta nueva explicación le aclarará y ayudará a una adecuada formación de conceptos.

b) Es importante crear siempre un ambiente de confianza, necesario para el desarrollo del individuo, que le dará mayor seguridad y tranquilidad y como consecuencia tendrá la posibilidad de expresarse de manera más sincera y natural.

c) Ser congruente entre las explicaciones que se dan y lo que se expresa con el comportamiento y actitudes. Además se requiere un previo acuerdo entre los padres para coincidir en las respuestas que se den y propiciar así una imagen congruente de pareja.

d) El niño y el adolescente esperan que se les reconozcan y se les aprueben sus actos cuando se comportan como se les ha pedido. Lo que generalmente lo adultos hacen es tomar más en cuenta lo que "hacen mal" o lo que "no deben hacer" y al darle más importancia a estos aspectos y no a lo positivo o deseable, nuestra función de educadores resulta contraria a lo que queremos lograr. Es importante tener presente sobre el comportamiento adecuado, es decir el que favorezca sobre el desarrollo, en el terreno de la sexualidad sobre todo y prestarles atención suficiente de tal manera que los hijos se sienten aceptados por el adulto. Al mismo tiempo esto va a favorecer su marco de información y le irá permitiendo mayor capacidad de decisión.

CAPITULO TERCERO
3. SEXUALIDAD HUMANA Y DESARROLLO

Aquí hablamos de la sexualidad, que es una de las características inherentes al ser humano, esto es, se parte de reconocer que el individuo es un ser por naturaleza sexual. Es así como la sexualidad es una característica que acompañará al individuo desde el momento de su nacimiento hasta su muerte.

La naturaleza humana es el resultado de la integración de aspectos biológicos, psicológicos y sociales, los cuales actúan recíprocamente, de tal manera que la acción de cada uno de ellos se encuentra en interdependencia directa de los otros, y considerando que cada ser humano es un individuo imposible de separarse en partes sin alterar su esencia tenemos que, la sexualidad, como componente fundamental de la propia naturaleza, comparte esa característica de indivisibilidad. Sin embargo, y solamente con fines didácticos, intentaremos separarla y analizarla en sus diferentes aspectos.

Si partimos de un enfoque integral de la sexualidad, podemos conceptualizarla como la expresión psicosocial de los individuos como seres sexuados en una sociedad y cultura determinada. Dicho en otras palabras, la sexualidad es el conjunto de características biológicas, psicológicas, y socio culturales que se permite comprender al mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombre o como mujer.

3.1 ASPECTO BIOLÓGICO DE LA SEXUALIDAD HUMANA

Como se mencionó anteriormente, la sexualidad posee una base biológica universal que es el sexo.

Se entiende por sexo: el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que en la especie humana diferencia al varón y a la mujer y que, al complementarse, tienen en sí la potencialidad de la reproducción.

Se sabe que al unirse el óvulo con el espermatozoide para formar una célula huevo, que dará origen a un nuevo ser, cada uno aporta un cromosoma sexual.

El óvulo siempre tiene un cromosoma X, mientras que los espermatozoides pueden aportar un cromosoma X o un cromosoma Y.

Según el espermatozoide que se une al óvulo, la información genética podrá ser XX o XY y esto corresponderá al sexo cromosómico femenino o masculino respectivamente.

Esta diferencia cromosómica por sí sola no basta para definir el sexo del nuevo ser; a esta dotación genética la sigue un largo proceso de diferenciación de las glándulas sexuales correspondientes, es decir, de las gónadas y posteriormente de los genitales externos.

Terminado el proceso de diferenciación, que es alrededor del tercer mes de vida, las estructuras genitales femeninas o masculinas no sufren posteriores modificaciones, permaneciendo como tales hasta el momento del nacimiento.

3.2 ASPECTO SOCIAL

Nacido el niño, y con base en el tipo de diferenciación de sus órganos sexuales externos, se le otorga un sexo de asignación: se le considera hombre o mujer.

Es en este momento donde la diferenciación sexual deja de ser una clasificación meramente biológica, ya que, si bien es cierto que el tipo de genitales va a determinar que al individuo se le considere hombre o mujer, al hacer referencia a uno u otro, no sólo estaremos clasificando su estructura biológica, sino que estaremos pensando ya en una forma de vestido, de arreglo, en como por ser hombre o mujer, realizará cierto tipo de actividades, una particular relación de trabajo, ante sus amistades, hacia sus padres, etc.

Es entonces, a partir del nacimiento, que se van a establecer las expectativas familiares y sociales en cuanto al futuro sexual del recién nacido.

Los estímulos ambientales que rodean al individuo, especialmente los centrados en la familia, empezarán a modelar su conducta hacia el comportamiento que

vaya acorde con lo que se considere masculino o femenino, según la sociedad que se trate.

Se dice que es mediante mecanismos no exclusivamente biológicos sino en gran medida sociales, (lo estudiado hasta ahora), que se inicia y continúa el aprendizaje de la conducta sexual, la cual revestirá formas particulares de expresión, de acuerdo al momento histórico, normas, costumbres, creencias y valores de cada sociedad.

Se considera importante recalcar que cada sociedad acepta o rechaza ciertas normas y creencias, de ahí que podamos encontrar diferencias entre las conductas sexuales de las distintas culturas. Así por ejemplo, tenemos que, entre los franceses varones el saludarse de beso es una conducta aceptada y natural, mientras que en nuestro país esa misma conducta es mal vista y no está socialmente reconocida.

Es muy necesario reflexionar sobre esto, ya que si queremos llegar a entender las expresiones sexuales de otras sociedades, no podemos partir de considerar que las maneras particulares que asuma la conducta sexual de nuestra sociedad, son las mejores o más adecuadas y que las de otros grupos son inadecuadas o negativas. En todo caso será importante conocer el contexto cultural de donde surge tal conducta; sin olvidar tampoco que por conducta sexual estamos entendiendo una conducta que se aprende y se enseña y que, por lo tanto, no puede ser estática, sino que está en constante cambio.

El comportamiento de varón o mujer depende de la conceptualización que la cultura tenga de los roles sexuales a medida que el individuo se va incorporando a su cultura, es decir, en la medida que el sujeto -como ser social- inicia su proceso de socialización irá interiorizando como propias las normas sociales.

3.3 ASPECTO PSICOLÓGICO

El proceso de socialización le permite ir estructurando al niño en el transcurso de su vida, una forma individualizada de ser, sentirse y pensar; y esto lo hace único de su grupo social.

Lo que nos permite ser diferentes -a pesar de que seguimos guiones preestablecidos- es por una parte, la dotación genética -individual- y por otra, los factores y experiencias del medio ambiente que nos rodea y que en cada sujeto se viven de una manera única.

Es en la familia donde el individuo encuentra generalmente los patrones o primeros modelos sexuales, estos modelos son proporcionados -en la mayoría de los casos-, por los padres. La actuación de los modelos es importante, ya que los niños al compararse con ellos, descubren sus semejanzas y depositan en ellos sus aspiraciones, anhelos, expectativas y a su vez, considera como suyos y como verdaderas, las acciones de ellos. Así, la forma de comportarse de los padres será el primer modelo de conducta que los niños aprenderán. Este proceso se denomina IDENTIFICACIÓN.

De esta forma, el individuo logra tener la percepción interna de pertenecer a uno u otro sexo, y, por otro lado, imitando las conductas que ve, aprende a distinguir el comportamiento, manera de sentir y vivir de su propio sexo y de su propia sexualidad.

Ya en etapas posteriores y dependiendo de las experiencias individuales y de como particularmente las haya vivido, cada individuo irá jerarquizando, confrontando y distinguiendo sus propios valores e intereses, de tal manera que pueda conciliar, por una parte, los requerimientos sociales y por otra, sus propias aspiraciones, valores, intereses y necesidades.

La sexualidad es parte importante del desarrollo, y en ella intervienen todas las variables que influyen en el desarrollo general individual.

Podemos dividir el desarrollo en diversos periodos con características especiales cada uno de ellos. El comienzo y terminación de cada uno, variará de acuerdo a la persona, y siempre quedarán residuos de periodos anteriores al comenzar otros nuevos.

Se podría dividir el desarrollo de la sexualidad en 10 periodos que mas o menos abarcan las siguientes edades:

- 1) Período prenatal (antes del nacimiento)
- 2) Del nacimiento a los 18 meses
- 3) De los 18 meses a los 3 años
- 4) De los 3 años a los 5 años
- 5) De los 5 años hasta antes de la pubertad
- 6) De la pubertad a los 21 años
- 7) De los 21 años a los 30 años (juventud)
- 8) De los 30 años a los 45 años (adulto medio)
- 9) De los 45 años a los 65 años (adulto tardío)
- 10) De los 65 años hasta la muerte (senectud)

3.4 PERIODO PRENATAL

Desde el momento en que el espermatozoide se une al óvulo para fecundarlo, el sexo del nuevo individuo queda determinado. El óvulo cuya fórmula genética es X se une al espermatozoide de fórmula genética sexual X o Y. Cuando de esta unión se produce la combinación XX, el ser humano en formación será de sexo femenino; si la combinación es XY, el sexo será masculino. Esto quiere decir, que la determinación del sexo se debe a la célula masculina, o sea, el espermatozoide.

La mayoría de las parejas y de los parientes que las rodean como son los abuelos, primos, etc., fantasean con la idea de que el nuevo ser sea niño o niña.

Piensen en la ropa que llevará, los juguetes que tendrá y los comportamientos que le enseñarán.

En algunos casos hay una verdadera obsesión por el sexo del niño que vendrá, sin tomar en cuenta que el bebé tiene valor por el hecho de ser un ser humano, sin importar su sexo, y que por lo tanto, debe ser aceptado respetando su integridad.

Existen algunos acontecimientos que pueden influir en el desarrollo y la vida futura del pequeño tales como si el bebé es deseado o no, el estado de salud de la madre y el medio ambiente que le rodea.

3.5 DEL NACIMIENTO A LOS 18 MESES

Al momento del nacimiento podemos con certeza saber si el bebé es varón o mujer, simplemente observando sus genitales. Este hecho determinará en gran parte el modo como será criado, educado y cuidado.

Así, desde esta temprana edad, las personas cercanas al niño (padre, madre, hermano, etc.) transmiten su aceptación o rechazo de acuerdo al sexo del bebé.

El recién nacido no puede recibir la alimentación de la misma manera pasiva como la recibía antes de nacer. Para hacerlo necesita realizar movimientos de chupeteo y ser capaz de tragar, para lo cual su organismo está capacitado. Gran parte de la comunicación con el mundo externo la realiza a través de su boca, que además de ser órgano con el cual se alimenta, le sirve como un vínculo con el medio ambiente a través del cual percibe texturas y sabores.

Poco a poco, el niño va identificando las diversas partes de su cuerpo: sus brazos, piernas, etc. Esto lo realiza tanto por sí mismo, como por el contacto que los demás tienen con él. Una parte importante de su cuerpo la constituye sus genitales. Muchas veces los padres transmiten sus propios conflictos al no permitir que el niño los explore o al evitar en todo lo posible tocarlos. Es importante que el bebé aprecie que su pene y testículos o su vulva, según el

caso, son como cualquier parte de su cuerpo y que los adultos que lo cuiden no hagan separación de esta zona como si no existiera o como si fuera ajena al resto del organismo del bebé.

Conforme el tiempo pasa, el bebé se va haciendo más independiente. De este modo será capaz de sentarse alrededor de los seis meses, de gatear y dar los primeros pasos al año aproximadamente y de pronunciar algunas palabras completas entre el año y el año y medio.

Los padres y los demás adultos significativos pueden facilitar este desarrollo si alientan al bebé en cada nueva conducta que es capaz de lograr.

El significado de todo este periodo se centra en la formación de un sentimiento de confianza, el niño aprende que el mundo no es un lugar estable, que satisface sus necesidades y donde se le toma en cuenta y se está pendiente de él. Una parte muy importante en la formación de este sentimiento de confianza consiste en que el niño perciba que es aceptado independientemente de su sexo y en su integridad como ser sexuado.

En esta etapa se inicia la formación de los roles sexuales, la familia y la sociedad en general, va condicionando poco a poco este desarrollo a través de los juegos y las actividades que se esperan del niño.

3.6 DE LOS 18 MESES A LOS 3 AÑOS

A esta edad parece marcarse un estadio definido de desarrollo, caracterizado por un redondeo armonioso de los avances hasta ahora logrados. El niño logra un control del cuerpo bastante eficiente y su vocabulario aumenta rápidamente. generalmente es en esta edad cuando comienza el entrenamiento para que el niño "avise" y vaya al baño, en muchos casos este aprendizaje no es uniforme sino que tiene pequeños adelantos y atrasos. La cercanía de los órganos genitales con los excretorios y la actitud de asco que los padres muchas veces transmiten provocan que el niño relacione esta actitud con sus genitales a los

que puede considerar como partes sucias de su cuerpo, partes que, además, ha descubierto que son especialmente sensibles.

Otra actitud característica de esta edad es el deseo del niño por conocerlo todo a través de los sentidos, así querrá tocar, ver y escucharlo todo, a lo que los padres responderán marcando límites, frecuentemente uno de estos límites consiste en no permitir que el niño los observe desnudos.

Es esta también la edad en la que el niño aprende los nombres de las diversas partes de su cuerpo.

En muchos casos los adultos se "saltan" los órganos sexuales o bien les dan nombres tales como: pajarito, pipí, cosita, etc., que en realidad no son los verdaderos reforzando la creencia en el niño de que existen partes prohibidas o sucias.

Durante esta edad el niño atraviesa un período que puede ser llamado la "edad de la rebelión", cuya duración e intensidad varían mucho de un niño a otro.

El pequeño es dominante y exigente y quiere probar todos los distintos cursos de acción, querrá y no querrá, irá y no irá, se quedará adentro y saldrá fuera, tratando de experimentar todas las alternativas al mismo tiempo.

El niño tiene ya una clara conciencia de su sexo y se da cuenta de las diferencias anatómicas entre hombre y mujer tales como la barba y el bigote del hombre y los senos femeninos, a este respecto crea sus propias explicaciones las que trata de probar haciendo preguntas a sus mayores y observaciones en sus amigos y en otras personas.

3.7 DE LOS 3 AÑOS A LOS 5 AÑOS

La viveza, la resolución y el afán de conocer y preguntar acerca de todo son muy característicos de esta edad. La curiosidad sexual del niño se manifiesta continuamente: espía, pregunta, copia actitudes del sexo contrario, muestra gran interés hacia su propio cuerpo y el de los demás.

En el lenguaje se muestra muy activo y el ¿cómo? y ¿porqué? son oídos insistentemente. Muchas de las preguntas que hace tienen que ver con asuntos sexuales tales como el embarazo y el parto, las diferencias anatómicas entre los sexos, etc.

El niño descubre que ciertas partes de su cuerpo le producen sensaciones placenteras. En el varón es un hecho más notorio debido a su constitución física, y al hecho de que este tipo de exploraciones son más permitidas en los niños, sin embargo, también se presenta en las niñas. Es importante saber que esta "masturbación infantil" no causa ningún daño físico o mental y ayuda a conocer e integrar su auto imagen.

Esta etapa marca un aspecto muy importante que es el de la identificación del niño con su sexo. Así el niño aspirará a ser como su padre o algún otro adulto significativo y la niña como su madre u otra persona importante para ella. Esta situación se refleja en el juego con el que practica roles que corresponden a los adultos con los que convive.

Lo que se inicia como una simple imitación de modelos adultos, se va convirtiendo en rasgos de personalidad del pequeño.

3.8 DESDE LOS 5 AÑOS HASTA ANTES DE LA PUBERTAD

Los niños de esta edad han avanzado mucho a lo largo del desarrollo. El niño es ahora capaz de realizar tareas más específicas y de adaptarse al sistema escolar.

Socialmente el desarrollo es muy completo, la independencia respecto del hogar se vuelve más profunda.

A veces los amigos significan más que los padres, estos grupos de amigos suelen marcar mucho la separación de los sexos, niños y niñas forman grupos aparte y toman una actitud de rechazo hacia el sexo contrario.

En tales grupos el niño adopta claramente su papel, ya sea femenino o masculino, y quienes lo rodean favorecen su desarrollo pues el participar en un grupo, el menor establece pautas de comportamiento, actitudes y estados de convivencia, viendo reflejadas en los demás muchas de las características de su sexo. El niño, dependiendo de la edad o medio específico, se muestra claramente interesado en cuestiones tales como el crecimiento y desarrollo, el origen y nacimiento de los niños, el desarrollo intrauterino, las diferencias anatómicas y fisiológicas entre los dos sexos, el papel de los padres en la producción el porque de los nacimientos múltiples, malformaciones congénitas, nacimientos prematuros, abortos y algunos tópicos sociales como la prostitución y la planificación familiar.

Durante esta etapa el niño empieza a preguntarse sobre los cambios puberales que le sucederán. Generalmente, esto le produce inquietud y miedo, por lo que una orientación afectuosa y una información adecuada y oportuna le serán de gran utilidad.

La curiosidad sexual continúa en esta etapa y se hace más específica, los grupos de amigos consultan libros y revistas tratando, sobre todo, de conocer el sexo opuesto.

3.9 DE LA PUBERTAD A LOS 21 AÑOS ADOLESCENCIA

Generalmente se considera que el inicio de la adolescencia comienza con la pubertad, caracterizada por el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y por la producción de espermatozoides en el hombre y la primera menstruación en la mujer.

Todos estos cambios transforman la estabilidad del muchacho quien tiene que acomodarse a su cuerpo y una fisonomía cambiante, así como a la aparición de fuertes impulsos sexuales y de rebelión que no sabe como manejar.

Los cambios sociales del presente siglo han provocado una separación entre las edades en que la madurez física y la madurez social tienen lugar.

En nuestra sociedad, por ejemplo, las demandas que se hacen al adolescente suelen ser poco claras y contradictorias. A veces se le considera un niño, a veces adulto; puede ser visto como responsable, capaz, social y sexualmente maduro, o bien como alguien que necesita ser ayudado, incapaz de tomar decisiones y que, por lo tanto, requiere de una constante supervisión y guía.

Comúnmente el adolescente atraviesa un período de introversión que le permite incorporar y comprender todos estos cambios. La incomodidad que el joven experimenta durante su edad es una expresión de la interacción de los eventos sociales y políticos del mundo externo y los cambios físicos que se suceden en su cuerpo.

Hay una urgente demanda de independencia, lo que hace al individuo algo vulnerable y rebelde, junto a esto se da una gran habilidad para adaptarse a distintos grupos en la escuela y en la sociedad en general.

Por otro lado, el adolescente de esta edad tiene una visión más clara del futuro, se hacen algunos planes para continuar una educación o profesión de acuerdo a las circunstancias y posibilidades, las ideas de maternidad o paternidad se hacen más tangibles y muchas veces son discutidas.

La actividad sexual de esta edad presenta una gama amplia de posibilidades:

La masturbación continúa siendo una forma usual de experiencia sexual. Anteriormente se decía que era muy dañina, sin embargo, no se han demostrado tales consecuencias. Muchas veces los sentimientos de culpa provocados por una falta de información son los causantes de la angustia asociada con esta práctica. Aunque toda práctica puede ser patológica, requiriendo consulta médica.

La brecha cada vez mayor entre la madurez biológica y la madurez social ha producido una presión social cada vez más incrementada; sin embargo, son muchos los adolescentes que mantienen relaciones sexuales premaritales, aunque muchas veces sin una información veraz y confiable acerca de la sexualidad, lo que acarrea muchos problemas tales como embarazos no deseados o enfermedades sexualmente transmisibles, que siempre deberán consultarlas con un médico.

Es obvio, de acuerdo a las investigaciones y observaciones que se han hecho, que las energías sexuales que emergen como una fuerza durante la adolescencia, son una fuente muy poderosa de motivación y por lo tanto, los jóvenes requieren del acceso a una información y educación sexuales que los permiten manejar de manera responsable su propia sexualidad.

Es común que este período desequilibre las relaciones familiares, los padres sienten que el surgimiento de los impulsos sexuales, la capacidad para analizar y criticar las situaciones familiares y sociales y la necesidad de independencia que experimenta el adolescente son una amenaza a la integridad y el estado actual de la familia.

El período de la pubertad se inicia alrededor de los 11 años de edad y se da más tempranamente en la mujer que en el hombre.

Sus principales características son el crecimiento y desarrollo acelerado, aumento de masa corporal que se refleja en peso y talla principalmente, cambios hormonales y cambios en caracteres sexuales.

Al darse estas variaciones no sólo interviene el factor herencia, las condiciones ambientales tienen mucha influencia en este proceso, es por ello que la pubertad ocurre en edades más tempranas ahora que hace 50 años y esto se atribuye a las condiciones de vida.

La dieta del individuo por ejemplo, ha cambiado y esto juega también un papel importante en el desarrollo físico. Este proceso de cambio, la pubertad, se da por la influencia de la hipófisis, que es una glándula endócrina de tamaño pequeño localizada en la base del cerebro. Esta glándula es activada por una pequeña zona del cerebro colocada por arriba de ella llamada hipotálamo, todo esto relacionado con las funciones cerebrales superiores.

A la hipófisis se le ha llamado "glándula maestra" porque al verter hormonas a la corriente sanguínea desencadena la función de algunas glándulas del organismo, en este caso, las glándulas sexuales (ovarios y testículos, también llamados gónadas).

La regulación de la función gonadal, esto es la elaboración de hormonas masculinas y femeninas por testículos y ovarios respectivamente, es elemental para el desarrollo de los caracteres sexuales primarios y aparición de los secundarios.

3.10 DE LOS 21 AÑOS A LOS 30 AÑOS JUVENTUD

Este estado se une con el de la adolescencia tardía, es un período que completa la transición del estado juvenil al adulto.

Aunque las circunstancias pueden variar entre distintas culturas y períodos históricos, en esta etapa se adquieren ciertos derechos y responsabilidades como son la madurez legal y la responsabilidad socioeconómica. Usualmente el individuo se casa o mantiene una relación estable y comienza a formar una familia.

Existen, por supuesto, diferencias considerables entre hombres y mujeres, entre miembros de varios estratos socioeconómicos y entre individuos en la forma en que esta etapa es vivida.

Los individuos se comprometen más completamente en una variedad de actividades sociales formales e informales, las relaciones emocionales o funcionales entrelazan a la gente en un complejo sistema de grupos sociales.

La juventud puede incluir un entrenamiento ocupacional y educacional como continuación de etapas anteriores.

La escala de valores se consolida, con lo que los individuos comienzan a regir su vida de acuerdo a ciertos ideales y a buscar su complemento.

Los valores pueden ser de muy diverso tipos: económicos, familiares, sociales, religiosos, etc. Pueden existir combinaciones de varios de ellos y distintas formas de abordarlos de acuerdo a las personas.

La proximidad o inicio reciente que una pareja establece hacen de este periodo de máxima conciencia interpersonal y psicosexual.

En esta edad hay una gran preocupación por el desempeño sexual y por los problemas que pueden acarrear las relaciones sexuales tales como enfermedades sexualmente transmisibles o embarazos no deseados, que deberán ser consultados con el médico.

3.11 DE LOS 30 AÑOS A LOS 45 AÑOS

ADULTO MEDIO

En esta etapa se suelen consolidar los roles públicos y ocupacionales del individuo, generalmente se mantiene una relación de pareja más o menos estable y se forma una familia.

El progreso ocupacional, el trabajo físico, el involucramiento emocional y la creatividad intelectual se encuentran en un nivel relativamente alto. Además la acumulación de experiencias coloca al individuo en una posición privilegiada respecto a otras etapas.

La vida sexual suele ser continua y las relaciones frecuentes, se exploran varias técnicas sexuales, por otro lado, pueden aparecer dificultades sexuales y ansiedad en cuanto al desempeño.

Los embarazos seguidos y la época de crianza de los hijos pueden hacer que decline el erotismo en muchas parejas. El deseo sexual en el hombre parece ser mayor que en la mujer, debido a factores socio culturales que han obligado a la mujer a reprimir su expresión sexual, enmarcándola en cumplir la función de madre.

Para muchos hombres y mujeres la masturbación puede acompañar o calmar el deseo sexual cuando no tienen pareja o su actividad con ella no es suficiente.

3.12 DE LOS 45 AÑOS A LOS 65 AÑOS

ADULTO TARDÍO

Este período está caracterizado por una mayor consolidación de roles públicos y ocupacionales del individuo.

Puede haber problemas en la pareja debidos al abandono de los hijos de la casa paterna.

La menopausia cierra el período reproductivo de la mujer, sin embargo las consecuencias sociales y psicológicas de ésta se deben más a las creencias que se manejan que al proceso en sí.

Los cambios adversos en la salud mental y física comienzan a acumularse y a limitar la naturaleza y el radio de acción de la vida del individuo, incluyendo el ritmo de trabajo, el tiempo libre y las actividades sexuales.

Muchos de estos cambios son acelerados innecesariamente por la ignorancia y los estilos de vida poco sanos. Las personas varían en su voluntad y habilidad para contrarrestar, compensar o adaptarse a los efectos del envejecimiento.

En esta etapa, como en otras etapas de la vida, el individuo puede experimentar una mayor conciencia de sí mismo, puede volverse más reflexivo, reexaminar

sus circunstancias pasadas o presentes, reconsiderar sus proyectos y forma de vida. Aunque pueda nos ser aparente para un observador, el adulto puede modificar sus valores y actitudes y reajustar la impresión de sí mismo (su auto concepto).

En el hombre de estas edades se observa, en un gran número de casos, la búsqueda de compañeras mucho más jóvenes que él, en un deseo de retener la juventud y demostrar a otros y a sí mismo que aún es atractivo y sexualmente activo. En la mujer, al terminarse la función reproductora, el valor en sí misma puede verse disminuido si está centrado en la maternidad, aunque por otro lado su deseo sexual puede aumentar al perder el temor al embarazo.

En ambos sexos puede persistir la masturbación como desahogo sexual complementario o substitutivo.

3.13 DE LOS 65 AÑOS EN ADELANTE SENECTUD

Para mucha gente este estado marca una rápida transición de un nivel económicamente productivo hacia otro no productivo y relativamente dependiente. Esto trae consigo cambios en las actividades diarias, los contactos sociales y los estilos de vida.

3.14 CAMBIOS EXTERNOS E INTERNOS EN LA MUJER

El cambio mas evidente en el aspecto externo de la niña es el desarrollo de las formas redondeadas que distinguen la silueta femenina adulta de la del varón.

Este proceso se inicia con un aumento en la secreción de hormonas por la hipófisis que estimula los ovarios para producir estrógenos.

Los estrógenos a su vez, a través de la corriente sanguínea estimulan el crecimiento del tejido mamario. El área pigmentada que rodea los pezones se eleva y las mamas empiezan a aumentar de volumen como resultado del

aumento de tejido graso; ocurre un proceso similar en las caderas y regiones glúteas.

Otros cambios visibles en la pubertad son la aparición de vello púbico y axilar, y la aparición del acné, alteración que en general es transitoria y parece estar relacionada con las modificaciones hormonales, puede ser a veces severo y requerir tratamiento médico.

La acción de los estrógenos también da lugar a un ligero crecimiento de los órganos genitales externos, al mismo tiempo existe un aumento notable en el tamaño del esqueleto, que se relaciona con la mayor secreción de la hormona del crecimiento de la hipófisis.

La vagina y el útero también son estimulados para su crecimiento por acción de los estrógenos.

La secreción de los estrógenos no sólo participa en los cambios físicos externos e internos que se describen, sino que también se da un patrón cíclico de secreción que resulta en los períodos menstruales de la mujer.

3.15 CICLO MENSTRUAL

La primera menstruación (menarquía) ocurre entre los 11 y los 14 años de edad. En los primeros años después de la menarquía los períodos tienden a ser irregulares.

El tiempo que dura un ciclo menstrual es variable, el ciclo típico es de 28 días pero puede variar entre 25 y 31 días, o ciclos de mayor o menor duración. Este ciclo se inicia cuando la región hipotalámica del cerebro actúa sobre la hipófisis para producir las hormonas ya descritas. Una de estas influye sobre los ovarios en dos formas:

- a) Estimula los folículos ováricos, impulsando su desarrollo y el de los óvulos.
- b) Estimula la producción de estrógenos.

Los estrógenos que produce es ovario, viajan por la corriente sanguínea hasta el útero, donde estimulan el desarrollo del endometrio para retener el óvulo en caso de que se produzca la fecundación.

Durante los primeros siete días del ciclo menstrual, la acción de una de las hormonas producida por la hipófisis provoca el desarrollo de varios folículos en ambos ovarios. Por lo común, cerca del séptimo día uno de los folículos predomina sobre los demás y sigue creciendo, mientras los otros se retraen. En algunos casos, sin embargo, suele madurar más de un folículo, dejando en libertad, por consiguiente, más de un óvulo.

Aproximadamente al decimocuarto día se produce la ovulación o liberación del óvulo.

Después de romperse y dejar libre el óvulo en el momento de la ovulación, el folículo ovárico experimenta una modificación, y es conocido como cuerpo lúteo. En esta etapa se produce la segunda hormona sexual ovárica, la progesterona.

En este período postovulatorio la progesterona se convierte en la hormona predominante, y el moco cervical se vuelve más espeso, turbio y escaso. Las dos hormonas ováricas estrógeno y progesterona, ejercen su acción sobre la vagina, las mamas, las glándulas de la piel y también en la cantidad de agua que contiene el tejido corporal.

Cuando se libera el óvulo y no es fecundado, aparece la menstruación con el flujo sanguíneo que se inicia al ser desechado el exceso de desarrollo del endometrio.

La menstruación señala el final de un ciclo reproductivo y el comienzo del siguiente, y tiene lugar cuando el ovario reduce su producción de hormonas al aproximarse el término de un período que varía en todas las mujeres donde el más común es de 28 a 30 días.

Si en el transcurso del ciclo tiene lugar la fecundación, otra hormona actúa sobre el cuerpo lúteo para mantenerlo activo e impedir la regresión que lo atrofia y da origen a la menstruación.

3.16 CAMBIOS EXTERNO E INTERNOS EN EL HOMBRE

Como ya se mencionó, el período de pubertad se inicia más tardíamente en el niño que en la niña y es de mayor duración.

Los primeros cambios observables resultantes de la estimulación con la testosterona incluye el crecimiento del pene y los testículos, la aparición del vello en la base del pene. El vello axilar no aparece sino hasta aproximadamente a la edad de 15 años al mismo tiempo que el vello llamado bozo, del labio superior; sin embargo la barba aparece hasta 2 o 3 años después al mismo tiempo que el vello torácico.

Otro cambio y muy notable es el cambio de voz, que se da como consecuencia del crecimiento de la laringe en respuesta a la estimulación hormonal.

Por influencia de pequeñas cantidades de hormonas sexuales femeninas producidas por el testículo aparece un fenómeno transitorio, el crecimiento de las mamas o ginecomastia, que se presenta en un 80% de los púberes.

Para la producción de espermatozoides es necesario una temperatura mas baja que la normal del cuerpo, es por ello que en los testículos que no han descendido, que se hallan todavía en la cavidad abdominal, no pueden producirse espermatozoides.

3.17 EYACULACIÓN

El recorrido de los espermatozoides junto con las secreciones de las glándulas (descritas en el apartado de anatomía y fisiología), a través de la uretra hasta ser expulsados al exterior, es una acción conocida como eyaculación.

La contracción de los músculos ubicados a lo largo de la base del pene y de la uretra proporciona una fuerza necesaria para descargar el semen en el momento de que esta acción se lleve a cabo.

Generalmente esta reacción física va acompañada de una sensación altamente agradable conocida con el nombre de orgasmo.

Durante la pubertad se inician las eyaculaciones y son frecuentes las eyaculaciones espontáneas aún sin estímulo mecánico o manual (masturbación). Este tipo de eyaculación espontánea es inofensiva para el organismo y es signo indirecto de la actividad androgénica testicular.

Tanto para el hombre como para la mujer es muy importante obtener verídica y oportuna información acerca de los cambios y procesos puberales, esto servirá para lograr un adecuado ajuste a su desarrollo psicosexual y mejor desenvolvimiento social general.

CAPITULO CUARTO
4. ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA

Se hace una introducción a la anatomía y fisiología del cuerpo, los órganos sexuales internos y externos, masculinos y femeninos.

La anatomía es el estudio de las distintas estructuras del cuerpo y la fisiología se refiere a las funciones, en este caso nos dedicaremos al estudio de los órganos sexuales del ser humano.

El analizar la anatomía y fisiología de los órganos sexuales tiene como objetivo divulgar la Orientación Sexual y Planificación Familiar, ya que permite una mayor comprensión de los aspectos biológicos y de funcionamiento de los órganos sexuales masculinos y femeninos.

Este conocimiento es importante para el desarrollo psicosexual del individuo, para el uso de métodos anticonceptivos y como base en el tema "Concepción, Embarazo y Parto".

4.1 ÓRGANOS SEXUALES MASCULINOS

Para su estudio los órganos sexuales masculinos se dividen en externos e internos. Los externos son el pene y los testículos, contenidos en la bolsa llamada escroto (consideramos a los testículos órganos externos por encontrarse fuera de la cavidad pélvica).

Los órganos sexuales internos son: epidídimos, conductos deferentes, vesículas seminales, próstata, glándulas bulbouretrales y uretra.

4.1.1 ÓRGANOS SEXUALES EXTERNOS

El pene es un órgano cilíndrico formado por tres cuerpos. Dos de ellos, los cuerpos cavernosos, con la afluencia de sangre en estado de excitación ocasiona la rigidez característica del pene erecto.

El cuerpo esponjoso, que es la otra estructura que forma el pene, contiene la uretra, que en su terminación se extiende formando el glande o "cabeza" del pene.

El glande del pene tiene gran importancia sexual. Está ricamente dotado de nervios y es muy sensible, la mayor parte de la estimulación táctil del pene se transmite a través del glande, el resto es menos sensible.

La piel del pene es muy laxa, o sea delgada y flexible, lo que permite su expansión durante la erección.

La porción de piel que en forma de pliegues cubre el glande, se llama prepucio. Cuando esta parte se corta y se retira se le llama circuncisión por tanto en personas circuncidadas el glande está siempre expuesto.

La función del pene es doble, es el órgano sexual de la cópula y es conducto de las vías urinarias.

El escroto es una bolsa de piel delgada y rugosa de color más oscuro que el resto del cuerpo, situado por debajo del pene que contiene a los testículos. El escroto se contrae por la acción de un músculo (que se encuentra en la parte inferior), como respuesta al frío, a la excitación sexual y otros estímulos.

Los testículos se encuentran alojados en el escroto, son los encargados de la producción de espermatozoides, así como de la hormona masculina. Los testículos se encuentran dentro de la cavidad pélvica, durante el período prenatal, pero poco antes o después del nacimiento, descienden a la bolsa escrotal.

4.1.2 ÓRGANOS INTERNOS

El epidídimo es una estructura en forma de "C" que se adhiere al testículo y cuya principal función es la de recibir a los espermatozoides para que sufran un proceso de maduración con respecto a su movilidad y fertilidad. Los espermatozoides llegan al epidídimo a través de unos conductillo llamados tubos seminíferos.

Los conductos deferentes son unos tubos de aproximadamente 45 cm. de largo, que surgen como una prolongación del epidídimo. A la altura de las vesículas

seminales se unen por su parte inferior a los conductos procedentes de las vesículas, formando un ángulo agudo que va a constituir los conductos eyaculadores que penetran en la próstata.

Las vesículas seminales son dos recipientes pequeños colocados a cada lado de los conductos deferentes, cuya función es producir un líquido pegajoso espeso y rico en sustancias que nutren a los espermatozoides y les ayuda en su transportación y movilidad.

La próstata, es una glándula que se encuentra por debajo de la vejiga urinaria, es pequeña al nacer, crece con rapidez en la pubertad y generalmente aumenta su tamaño en la vejez.

Tiene como función la elaboración del líquido prostático que ayuda a la transportación de los espermatozoides.

El líquido prostático y los espermatozoides unidos al líquido seminal constituyen el semen.

Dentro de la próstata los conductos eyaculadores se unen a la uretra y continúan su trayecto introduciéndose en el pene, hasta terminar en el meato urinario del glande.

La uretra es un conducto que comienza en el cuello de la vejiga urinaria y termina en el meato urinario.

Tiene una doble función, conducir la orina al exterior, y el semen en el momento de la eyaculación. En su inicio se encuentran dos anillos musculares que impiden la salida de orina en el momento de la eyaculación.

Las glándulas bulbouretrales, antes llamadas de Cowper, ubicadas a los lados de la uretra, secretan un líquido claro y pegajoso que sale por la uretra durante la excitación. Este líquido por ser alcalino ayuda a neutralizar la acidez de la uretra, ocasionada por la orina, nociva para los espermatozoides. No debe confundirse con el semen, pero a menudo contiene espermatozoides que se

encontraban en el conducto y esto explica los embarazos que resultan del acto sexual sin eyacuación.

4.2 ÓRGANOS SEXUALES FEMENINOS

Al igual que en el hombre, también en la mujer existen órganos externos e internos.

Los órganos sexuales externos son llamados en su conjunto, vulva, en ella se incluyen los labios mayores y menores, el clitoris, el meato urinario y el orificio (introito) vaginal.

Los órganos sexuales internos son: vagina, útero, tubas uterinas (antes llamadas trompas de Falopio) y ovarios.

4.2.1 ÓRGANOS EXTERNOS

Los labios mayores, son dos pliegues de piel que van del frente de la vulva hacia la parte posterior y se unen formando una horquilla vulvar, están cubiertos de vello en la superficie externa. Sus superficies internas son lisas y sin vello. De ordinario están muy próximos uno del otro, lo que da a los genitales femeninos apariencia de estar "cerrados".

Los labios menores, son dos repliegues cutáneos mas delgados que los labios mayores; se aprecian al separar estos, su color casi siempre es mas rosado. Se unen hacia adelante formando una especie de capuchón que envuelve el clitoris. Se separan dejando ver el orificio vaginal y el meato urinario.

El clitoris es el órgano principal de la estimulación sexual debido a que posee una rica red nerviosa que lo hace especialmente sensible.

El meato urinario, es un orificio pequeño que se encuentra entre el clitoris y el orificio vaginal, cuya única función es dar paso a la orina hacia el exterior.

El orificio vaginal, es visible sólo cuando se separan los labios menores. Se distingue fácilmente del orificio uretral por su mayor tamaño. El aspecto del orificio vaginal varia, dependiendo del estado del himen. Esta delicada

membrana no tiene función específica pero su importancia psicológica y cultural es enorme.

El himen es una membrana delgada que se encuentra en el orificio vaginal. Normalmente esta perforada permitiendo así la salida del sangrado menstrual, en ocasiones es tan flexible que puede resistir el acto sexual.

Su grosor y rigidez, así como su tamaño y forma, puede variar: puede rodear el orificio vaginal (himen anular), dividirlo (septado) o servir como una cubierta tipo sedaso (cribiforme).

4.2.2 ÓRGANOS INTERNOS

La vagina, es un conducto no dilatado, su capa interna es mucosa parecida a la que cubre el interior de la boca, pero con rugosidades y está húmeda continuamente.

Es el órgano femenino de la cópula y el receptor del semen. A través de él pasa el flujo menstrual y el bebé al nacer.

Otra función es la de producir un líquido lubricante durante la excitación que facilita la introducción del pene durante el coito.

El útero o matriz, es un órgano muscular hueco en donde se aloja el embrión y se nutre hasta que nace. La capa interna es el endometrio y su estructura cambia dependiendo de la edad de la persona y de la fase del ciclo menstrual.

La capa muscular o miometrio, está muy bien estructurada con fibras musculares que le dan fuerza y elasticidad, estas características permiten su expansión durante el embarazo. Esta capa mediante una serie de contracciones provoca la expulsión del producto en el momento del nacimiento.

El miometrio se continúa formando las tubas uterinas, que llegan hasta los ovarios.

Su función es recoger el óvulo en el momento de la ovulación para transportarlo hacia la cavidad uterina. Si hay fecundación esta se da en el tercio externo de la tuba.

Los ovarios, son dos estructuras ubicadas uno en cada extremo de las tubas, cuyas funciones son madurar en cada ciclo un óvulo que puede ser fecundado y producir hormonas femeninas.

Cada ovario contiene al momento del nacimiento alrededor de 250 a 400 mil óvulos y sólo maduran de 200 a 500 durante el periodo reproductivo de la vida, los demás sucumbirán y formarán parte de la estructura ovárica.

Cada óvulo está contenido en una estructura llamada folículo que al madurar se rompe y lo libera.

CAPITULO QUINTO

5. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Aquí se explica que es el embarazo y recomendaciones. Qué es el parto, el puerperio y cambios.

Antes de mencionar que es la concepción y el embarazo y como se llevan a cabo, es conveniente considerar que en la relación que establecen hombre y mujer al unirse a través del contacto sexual, se conjugan los aspectos emotivos que interactúan en la pareja, aunados a los cambios físicos que se presentan en la respuesta sexual humana.

5.1 EMBARAZO

Durante la relación sexual se produce la eyaculación que es la salida del semen. El semen depositado por el hombre en la vagina de la mujer contiene espermatozoides que asciende por el cuello del útero hasta las trompas de falopio. Si ahí encuentran el óvulo, un espermatozoide lo penetra determinándose desde ese momento las características genéticas y el sexo del nuevo ser iniciándose el embarazo.

El embarazo es la etapa durante la cual un nuevo ser se anida y se desarrolla en el útero. Su duración es de 38 a 42 semanas.

¿Cuáles son los cambios que presenta la mujer durante el embarazo?

Durante el embarazo, el cuerpo de la madre sufre cambios importantes tanto físicos como psicológicos, necesarios para el crecimiento y desarrollo del embrión.

Los cambios físicos y psicológicos que se presentan durante el embarazo afectan también a la mujer, quien vive momentos de excitación, alegría y desearía que quienes la rodean, y en especial su esposo, compartieran su estado de ánimo ya que su comportamiento es decisivo en la reacción psíquica y física de la mujer en esta etapa.

Durante los tres primeros meses, la mujer sospechará de embarazo por la falta de menstruación o regla, además de la presencia de los siguientes signos y

síntomas: somnolencia, fatiga, decaimiento, náuseas, vómitos, aumento del tamaño y sensibilidad en las mamas que pueden llegar a producir dolor, oscurecimiento de la aureola del pezón, y deseos frecuentes de orinar por la presión que ejerce el útero sobre la vejiga.

Las náuseas y los vómitos pueden estar ausentes en algunas mujeres mientras que en otras pueden ser permanentes e intensos, lo importante es buscar su causa a través de la atención médica inmediata.

Del cuarto al sexto mes, la mujer aumenta de peso debido al crecimiento y desarrollo del producto. A partir del cuarto mes percibirá los movimientos del niño, las mamas continuarán creciendo preparándose para la lactancia, aparece la línea morena que es una pigmentación en la línea media del abdomen que va del ombligo hasta la sínfisis del pubis, así como las arterias, que son consecuencia de la ruptura de la capa elástica de la piel debido al crecimiento del abdomen. Debido al desplazamiento que sufren los órganos por el crecimiento y la presión que ejerce el útero sobre estos, la digestión se hace más retardada presentándose agruras.

Del séptimo al noveno mes, el aumento de peso es considerable debiendo alcanzar al final del embarazo un aumento promedio de 9 a 10 kg. Las mamas producen el "calostro" que es un líquido amarillo y espeso previo a la salida de la leche. Al acostarse la mujer tendrá dificultad para respirar por el agrandamiento del útero, ya que el diafragma (músculo que interviene en la respiración) se eleva. Pueden presentarse estreñimiento y hemorroides.

5.1.1 RECOMENDACIONES

¿Que recomendaciones deberá tomar en cuenta la mujer durante el embarazo?

La orientación que se proporcione a la mujer durante el embarazo debe contemplar los siguientes aspectos:

- Toda mujer durante el embarazo deberá recibir un control médico, este tiene como propósito evitar o disminuir los problemas de salud que pueden amenazar la vida de la madre y del niño, su frecuencia debe ser mensual desde el inicio del embarazo hasta el séptimo mes, cada dos semanas durante el octavo mes, y posteriormente, cada semana hasta concluir el embarazo.

- Debido a que los requerimientos alimenticios son mayores por las necesidades de formación y crecimiento del feto, la mujer en esta etapa procurará tener una alimentación rica en proteínas, minerales y calcio, evitando consumir alimentos de bajo valor nutritivo (pastas, antojitos, dulce, etc.)

- La preparación de las mamas para la lactancia implica la lubricación continua de las mismas para evitar estrías y la formación del pezón dando masaje con la yema de los dedos y jalándolo hacia afuera.

El consumo de bebidas alcohólicas y el hábito de fumar son nocivos para el feto, ya que la nicotina y el alcohol, al ingerirse aún en mínimas cantidades, atraviesan la barrera placentaria produciéndolo daño.

Dado que la formación de los aparatos y sistemas en el producto ocurre durante las primeras ocho semanas, es importante que la embarazada evite el contacto con enfermos contagiosos, especialmente con los casos de rubéola, escarlatina, paratoditis, sarampión, tuberculosis, etc., debido a que dichas enfermedades puede ocasionar alguna alteración congénita en el producto. El vestido deberá ser holgado para no comprimir la circulación, asimismo el calzado deberá ser cómodo y de tacón bajo, lo que evitará las caídas conforme se desarrolla el embarazo.

Las relaciones sexuales podrán continuarse normalmente durante todo el embarazo, sin embargo a medida que este avanza, el crecimiento del abdomen propicia cambios en las posiciones acostumbradas para el coito.

Durante el último trimestre la frecuencia del coito debe disminuir. Las razones más comunes son malestar físico, pérdida del interés sexual o por recomendaciones médicas. La preocupación médica es la de inducir un parto prematuro, sobre todo en aquellas mujeres que han tenido amenaza de aborto o parto prematuro por ruptura de las membranas fetales en embarazos anteriores. Ante la presencia de vómitos excesivos, sangrado transvaginal, fiebre, dolor de cabeza intenso, salida de líquido amniótico, ausencia de movimientos fetales después del cuarto mes, contracciones uterinas dolorosas, etc., la mujer embarazada deberá buscar atención médica inmediata.

5.2 PARTO

¿Que es el parto?

El parto es el proceso por el cual el feto es expulsado del útero a través del canal vaginal, generalmente cuando el producto es viable. El trabajo de parto comienza con contracciones que dilatan el cuello del útero a fin de facilitar el paso del niño hacia el canal vaginal. La atención del parto se deberá realizar por personal calificado y en las mejores condiciones de higiene, a fin de evitar complicaciones en la madre y el niño.

5.3 PUERPERIO

¿Que es el puerperio?

Es el período durante el cual los órganos que intervienen en el embarazo y el parto retoman a sus condiciones normales, comprende desde la expulsión de la placenta hasta las 6 semanas posteriores al parto.

5.3.1 CAMBIOS

¿Cuáles son los cambios que se presenta en la mujer durante el puerperio?

Durante las primeras 24 horas posteriores al parto, ocurren cambios físicos y psicológicos en el organismo de la mujer, principalmente en los órganos reproductores internos. El útero disminuye en forma considerable su tamaño,

tocándose como una masa firme y redonda por encima del ombligo, se contrae provocando una sensación dolorosa, a lo que se denomina "entuerzos", que se agudiza cuando el recién nacido es amamantado. El sangrado que se elimina por la vagina es sanguinolento y abundante. La mujer se siente reconfortada con la tranquilidad que le proporciona el saber que ha nacido su hijo. Es conveniente que la madre se haga cargo de su hijo desde el primer momento, iniciando la lactancia ya que el calostro es adecuado y necesario en las primeras horas de vida; las mamas se encuentran dolorosas por estar ingurgitadas.

A partir del segundo día y durante la primera semana, los cambios continúan, el útero se encuentra en su tamaño normal, el sangrado que se elimina por la vagina cambia a un color café oscuro y su cantidad disminuye conforme avanzan los días. La producción plena de la leche se establece alrededor del 10° día. Es frecuente el estreñimiento originado por el descanso en cama (la incisión dolorosa en perineo, las hemorroides y la inhibición de la defecación por temor al dolor en la episiorrafia). La deambulación y la dieta normal contribuyen a estimular el movimiento intestinal.

La pareja deberá comprender que por lo menos durante las cuatro semanas siguientes al parto es recomendable abstenerse de las relaciones sexuales, a fin de evitar molestias y mayor probabilidad de infección.

Hasta la sexta semana el útero recupera su tamaño normal y el flujo vaginal (loquios) ha cambiado su característica inicial de sanguinolento a claro. Los músculos del abdomen requieren de un mínimo de 6 semanas para recuperar su forma, las estrías persisten indefinidamente, la línea negra desaparece en forma progresiva.

5.3.2 RECOMENDACIONES

¿Que recomendaciones deberá tomar en cuenta la mujer durante el puerperio?

- Con el fin de evitar una infección en la herida causada por la episiotomía o una infección de tipo ascendente, deberá efectuarse el aseo del perineo con agua y jabón por lo menos una vez al día y protegerse con una compresa o apósito limpio cada vez que lo requiere.
- Es recomendable realizar el baño de asiento para disminuir la inflamación del perineo, así como la aplicación del calor seco directo a través de la lámpara o bolsa con agua caliente.
- Iniciar la deambulacion a las 12 horas posteriores al parto si el puerperio evoluciona en forma satisfactoria.
- Iniciar la lactancia materna en las primeras 24 horas posteriores al nacimiento. Es posible que exista incomodidad a su inicio pero puede superarse con paciencia en un corto tiempo. La experiencia de amamantar a su hijo puede ser para la madre emocionalmente satisfactoria, placentera y sensual. Para el recién nacido, la leche materna es el alimento idóneo, ya que supera la calidad de la industrializada. La leche materna contiene anticuerpos que protegen al recién nacido de algunas infecciones, está libre de bacterias y siempre a la temperatura adecuada. Se aúna a todo lo anterior el bajo costo que implica para el presupuesto familiar además de que favorece el acercamiento madre-hijo por el contacto de la piel. Antes de iniciar la tetada no deberá olvidarse del aseo de manos, mamas y pezones a fin de evitar infección gastrointestinal en el recién nacido.
- La alimentación de la madre que amamanta deberá ser en lo posible balanceada, consumiendo leche y sus derivados, carnes rojas y blancas, frutas, verduras, cereales, harinas y grasas. Una dieta balanceada permitirá un buen estado nutricional de la madre y el niño hasta antes de la terminación de la lactancia (introducción de otros alimentos además de la leche en la dieta del niño).

- Médicamente se recomienda el inicio de relaciones sexuales después de la sexta semana, la abstinencia durante este periodo contribuye a evitar la presencia de infecciones ascendentes, ya que para entonces ha cicatrizado la episiotomía o laceraciones perineales y los loquios están en su etapa final. La reanudación del coito dependerá también del criterio de la pareja, no hay razón por la cual una mujer sana evite el reinicio de la relación sexual.

El uso de métodos anticonceptivos es una decisión que la propia pareja debe tomar antes de reiniciar sus relaciones sexuales. El método seleccionado deberá poseer características que no inhiban la producción de leche. Cabe mencionar que el hecho de que la mujer no menstrúe, no indica la falta de ovulación y por lo tanto la posibilidad de un nuevo embarazo.

- Ante la presencia de fiebre, aumento en la cantidad de sangrado, fetidez de los loquios, contracciones uterinas dolorosas, dolor de las mamas, la mujer deberá buscar atención médica inmediata.

El control médico posterior al parto tiene como finalidad valorar el estado de salud de la mujer, iniciar el control del niño y proporcionar el método anticonceptivo más adecuado para la pareja.

CAPITULO SEXTO
6. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Se analizan las enfermedades de transmisión sexual como es la sífilis, gonorrea y enfermedades venéreas menores.

Son el nombre de las enfermedades que se adquieren principalmente por contacto sexual, anteriormente se les llamaba enfermedades venéreas del latín *venereus* "perteneciente a Venus", la diosa del amor.

Dentro de este grupo de padecimientos existen algunas enfermedades cuya transmisión no es exclusivamente por contacto sexual, otras cuya frecuencia en los últimos años ha decrecido enormemente, pero en cambio otras cuya importancia por frecuencia y malignidad revisaremos un poco más ampliamente; de estas últimas nos referimos a la Sífilis y la Gonorrea.

6.1 SÍFILIS

Es una enfermedad general, de evolución crónica causada por un microorganismo llamado *Treponema pallidum*, el cual penetra generalmente a la mucosa de la piel por contacto sexual y viaja por la sangre y afecta piel, mucosa, hueso, sistema nervioso central y sistema cardiovascular.

Esta enfermedad conocida en el mundo desde hace varios siglos sufrió un decremento muy importante con el descubrimiento de la penicilina, lo que trajo un lapso de gran optimismo que llevó a la idea de que prácticamente había desaparecido, desgraciadamente los índices de frecuencia de esta enfermedad han aumentado últimamente, quizá por la mayor libertad sexual, por una resistencia del germen al antibiótico y por inadecuados tratamientos prescritos.

El germen causante de esta enfermedad, el *treponema pálido* es una espiroqueta que difícilmente se tiñe al observarlos al microscopio, este germen fuera del cuerpo muere rápidamente, ya que no soporta la sequedad o la exposición al aire.

Tiene mejor sobrevivencia en los lugares húmedos y anaeróbicos del cuerpo tales como la boca, abajo del prepucio, en los pliegues de la vulva, de la vagina y cerca del ano.

Por estas situaciones, las condiciones de transmisión de esta enfermedad se cumplen perfectamente durante la relación sexual, por lo que las explicaciones que implican el contacto con asiento de escusado contaminados, toallas o albercas puede ser pretextos, pero son únicamente auto engaños.

El primer signo de la infección sifilítica es la aparición de 2 a 4 semanas después de la exposición, de una lesión que aparece generalmente en el punto de entrada de los treponemas.

El Chancro, el cual generalmente es una lesión regular y bien limitada cuyo tamaño oscila entre 1/2 y 2 cm. Su superficie es una erosión muy bien delimitada, pero sin bordes y se continúa con la piel sana. La base está indurada por lo cual también se le conoce como chancro duro o indurado y se le diferencia del chancro blando que es otra enfermedad. En general esta lesión inicial se acompaña de inflamación de los ganglios inguinales bilaterales.

El treponema desde su penetración al cuerpo pasa a la sangre y se produce una verdadera infección generalizada, en algunos casos se van a presentar en los meses siguientes y a veces antes de desaparecer el chancro, lesiones en la piel, mucosas y anexos de la piel con síntomas generales, cuadro que se conoce con el nombre de Secundarismo. Estas lesiones tienen como característica general su transmisibilidad y su curación espontánea en pocas semanas.

Antes de los dos años, en cualquier momento, y sobre todo cuando la enfermedad ha sido mal tratada puede venir en algunos casos un nuevo episodio sintomático con lesiones semejantes a las del Secundarismo, pero en forma limitada conocida con el nombre de recaída, y después de ello no volverá a haber más lesiones hasta las manifestaciones tardías hasta después de varios

años, si es que no hubo tratamiento. Dentro de estas lesiones tenemos afección a huesos, sistema cardiovascular y sistema nervioso.

El diagnóstico de esta enfermedad debe sospecharse con el antecedente de alguna relación sexual "probablemente infectante", ante los datos clínicos ya anotados anteriormente y con la corroboración del hallazgo de treponema en el microscopio y la detección por medio del examen de sangre.

El tratamiento debe enfocarse no sólo a la persona afectada sino también a sus parejas sexuales potencialmente infectadas y debe utilizarse un tratamiento adecuado y suficiente o sea usar Penicilina debidamente prescrita por el médico.

6.2 GONORREA O BLENORRAGIA

Es una infección transmitida casi exclusivamente por contacto sexual y que a partir de las dos últimas décadas ha alcanzado una frecuencia de presentación muy importante convirtiéndose en la principal enfermedad contagiosa en varias partes del mundo. Por ejemplo en Estados Unidos la gonorrea ha sido la enfermedad más frecuente de las reportadas en los Servicios de Salud Pública del mismo país y de todas las enfermedades transmisibles es la segunda en frecuencia y sólo la supera el resfriado común.

La bacteria que causa la gonorrea, llamada gonococo o *Neisseria gonorrhoeae*, es una de las más sensibles entre las que origina enfermedades humanas. Fuera del cuerpo humano (u otro medio o ambiente húmedo) el gonococo muere en unos cuantos segundos. La única forma en que el gonococo puede sobrevivir a la transferencia de una persona a otra es durante el contacto físico directo, como en el caso de la cópula, coito anal y orogenital.

Las bacterias pasan desde las membranas mucosas de los órganos sexuales o boca de la persona infectada a las membranas expuestas de la persona no infectada; produciendo los síntomas primarios alrededor del 3° al 9° día

después del contacto infectante; las cuales son: en el hombre aparece la salida de un escurrimiento de pus a través del orificio del pene, este flujo amarillo verdoso, mal oliente y por lo regular aparece por la mañana antes de la salida de la orina de la primera micción del día por el acumulamiento de esta secreción en la uretra del pene durante la noche. El enfermo siente dolor y ardor al orinar y la orina es turbia por la pus y a veces contiene sangre.

La infección puede difundirse a las vías genitourinarias pudiendo afectar la próstata, vesículas seminales, la vejiga y los riñones; con la posibilidad de estrechar los conductos eyaculadores obstruyendo el paso de los espermatozoides y provocando esterilidad.

En la mujer las molestias no siguen un patrón tan definido como en el hombre. Por tanto muchas mujeres afectadas tienen tan pocos síntomas o pasan inadvertidos estos, que no buscan ayuda médica y se convierten en fuentes infectantes.

La afección en vías urinarias solas es rara, cuando se presenta puede ocasionar ardor o dolor al orinar o bien orina turbia; en la mayoría de los casos la afección es en el canal vaginal y cuello uterino produciendo flujo vaginal amarillo verdoso mal oliente en ocasiones con rasgos de sangre y provoca escasa comezón en genitales. Este flujo se deberá examinar en microscopio y si se encuentra el gonococo se deberá dar el tratamiento correspondiente.

Si la enfermedad no es tratada, puede avanzar la infección hacia otras estructuras del aparato genital produciendo la llamada enfermedad Inflamatoria Pélvica con síntomas agudos como: dolor abdominal bajo y severo, distensión abdominal, sangrado uterino anormal, vómito y fiebre. Este proceso se acompaña de formación de tejido cicatrizal y obstrucción de las trompas, lo que constituye una causa común de esterilidad.

Hasta hace poco tiempo una causa común de ceguera en los niños era la conjuntivitis gonococcica, una infección en los ojos adquirida durante el paso a través del canal del parto infectado. La instalación de gotas de antibióticos o de nitrato de plata en los ojos de todos los bebés recién nacidos es ahora obligatoria y ha ayudado a erradicar esta enfermedad. Es importante no olvidar darle el tratamiento completo a la pareja o parejas sexuales del paciente infectado simultáneamente para prevenir la reinfección mutua y también no olvidar hacer pruebas de laboratorio para descartar la presencia conjunta de sífilis.

6.3 ENFERMEDADES VENÉREAS MENORES

Existe un grupo de enfermedades de transmisión sexual que son llamados menores porque hasta cierto punto su frecuencia y malignidad no es tan importante como las 2 anteriores, como el chancro blando, la granuloma inguinal, que también exige tratamiento médico.

6.4 ENFERMEDADES VENÉREAS MAYORES

El SIDA no se incluye en este trabajo pero se considera la enfermedad venérea más grave de estos últimos años.

CAPITULO SÉPTIMO
7. ASPECTOS DE LA SEXUALIDAD EN LA
HISTORIA DE MÉXICO

Se presenta un breve resumen de algunos aspectos de la historia de México, la cultura Azteca, de la conquista al siglo XX, se explican algunas costumbres de nuestros ancestros.

7.1 CULTURA AZTECA

Para ilustrar nuestro pasado indígena nos basaremos en la cultura Azteca que ofrece una síntesis de la Historia de México anterior a la conquista.

Hallamos en el mundo azteca una superposición de culturas y tradiciones en las que se conjugan los diversos periodos y las diversas civilizaciones que dan sentido a eso que genéricamente llamamos Cultura Prehispánica.

Las creencias y prácticas sexuales ente los Aztecas encuentran explicación en forma particular como entendían su relación con el mundo que los rodeaba, es decir, en su religión y filosofía. Pero también en la forma específica como estaba organizada su economía y sociedad.

Los Aztecas se consideraban un "Pueblo Elegido" para cumplir una misión trascendental: realizar una lucha continua para asegurar la permanencia del orden cósmico. Esta lucha cósmica estaba impregnada de un fuerte contenido ético donde lo sexual se expresaba y cobraba presencia.

Así los Aztecas con su Dios Huitzilopochtli, por obra de sus profundas creencias se convirtieron en los representantes del sol y la luz así como del valor y la sobriedad.

Con esta investidura tenían que hacer frente a las fuerzas del mal, representadas por la luna, que en la mitología azteca asumía el nombre de Coyolxauhqui; en ella estaban representadas la oscuridad, la cobardía y la incontinencia sexual.

Esta manera de concebir el mundo correspondía a la organización social y política: el de los Aztecas era un estado militar que se había propuesto en el nombre de los dioses un proyecto expansionista; la guerra se había constituido en una forma de vida y en una manera de organizar la sociedad en general.

La sexualidad en el mundo azteca, entendido como un mundo simbólico, como un mundo mitológico, era una fuerza creadora que hallaba su expansión más pura en la fertilidad de la tierra y de la naturaleza en general, era este precisamente el contexto en donde las relaciones sexuales asumían el más alto grado de naturalidad y espontaneidad.

Si tenemos en cuenta que la vida religiosa de los pueblos expresa de una manera u otra, las prácticas, las ideas y los mitos prevalecientes en el conjunto de la sociedad, debemos reconocer el grado de presencia que tenía lo sexual en el mundo Azteca, por la existencia de un gran número de divinidades y ceremonias ligadas a lo sexual.

Entre las divinidades destacaban Tlazolteotl, diosa del amor carnal; Xochipilli, dios de la juventud, de la música, de la danza, de las flores y del amor; y Xochiquetzal, diosa de las flores y del amor, directamente relacionada con la fertilidad de la tierra.

Esta última era una de las divinidades más importantes y entre la gran variedad de ceremonias que se realizaban en su honor, sobresale una fiesta ritual dedicada a la fertilidad en donde el acto sexual era representado bajo el delicado símbolo de los colibríes y mariposas penetrando las flores para así extraer el néctar de la vida.

Todos los aspectos de la vida, estaban regidos por los principios del la "Justa Medida". Esto se traducía en una moral que impedía toda práctica sexual antes de la edad considerada conveniente y cuando esta se alcanzaba; se recomendaba moderación y cordura.

La sociedad azteca establecía que la edad para iniciar una vida de pareja era de 20 años para los hombres y alrededor de los 16 para las mujeres.

El matrimonio era un asunto que se resolvía entre las familias y de ninguna manera entre los individuos en particular la elección del cónyuge estaba

condicionada por los requerimientos económicos, sociales y políticos de las familias. La manera más estimada y más ceremoniosa de realizar una boda suponía una negociación entre los padres de los contrayentes mediante el uso de casamenteras. La petición de mano partía de la familia del joven y la mujer así obtenida se llamaba Cihuatlanque, literalmente "Mujer Pedida".

No en todos los grupos sociales la unión conyugal se llevaba a cabo de la misma manera; entre los Macehuales o gente del pueblo, por ejemplo, era frecuente que el hombre y la mujer se establecieran en unión libre y después de un tiempo se formalizaba el matrimonio.

La legislación protegía a la familia, por ello las transgresiones que afectaban su integridad eran severamente castigadas; por ejemplo, el adulterio suponía la muerte para los dos que lo cometían, aplastándoles la cabeza o apedreándolos.

El divorcio estaba reglamentado. Los tribunales autorizaban a un hombre a divorciarse si probaba que su mujer era estéril o descuidaba las tareas del hogar. La mujer, por su parte, podía obtener una sentencia de divorcio si mostraba que era golpeada con frecuencia, o que ella y sus hijos habían sido abandonados por el marido.

En el mundo azteca se consideraba que la familia cumplía la importante función social de procrear niños sanos y robustos que pudieran convertirse en guerreros aptos para la lucha.

Con el propósito de ofrecer mayores posibilidades de sobrevivencia a sus hijos, las familias aztecas ejercían un cierto control de la fecundidad: para ello se utilizaban mecanismos en los que mezclaban los aspectos sexuales con las creencias religiosas y éticas:

La abstinencia sexual se practicaba durante ciertos períodos rituales, una educación que inculcaba con insistencia el control y la moderación sexual, el uso de algunas prácticas anticonceptivas a base de yerbas o brebajes y

posiblemente la práctica del aborto, hacían que transcurrieran alrededor de tres años entre el nacimiento de un hijo y el siguiente.

Los hijos eran amamantados durante los primeros tres años de vida, logrando así los padres procrear "hijos robustos, fuertes, bien labrados, hermosos, bien hechos y qué lindos".

La educación y formación de los hijos estaban a cargo de la familia en los primeros años de vida y posteriormente en manos del estado; en ambos casos era dura, espartana, como correspondía a un pueblo guerrero.

A través de la educación, la sociedad azteca también preparaba a hombres y mujeres para desempeñar sus respectivos papeles en la sociedad.

Desde el momento mismo del nacimiento se establecía lo que el recién nacido sería en el futuro según fuera su sexo y esto quedaba definido en el discurso que pronunciaba la comadrona en el momento que el niño nacía.

El hombre quedaba consagrado al destino de guerrero y la mujer a las labores de la casa.

Durante su formación el niño hombre aprendía a trabajar la tierra, a pescar, a conducir canoas, a desempeñar oficios artesanales y servicios públicos; por su parte la mujer aprendía los trabajos domésticos, a hilar el algodón y a manejar el telar; algunas mujeres, generalmente las viejas, se dedicaban a médicas, casamenteras o comadronas.

Es indudable que en las diversas instituciones sociales entre ellas la familia, el lugar predominante era ocupado por los hombres, que gozaban de ciertos privilegios; por ejemplo, los hombres podían practicar la poligamia si estaban en condiciones de mantener varias familias, los guerreros tenían la prerrogativa del trato con las ahuianimes o "alegradoras del corazón", oficialmente consideradas y admitidas como compañeras sexuales.

Sin embargo, el papel de la mujer, aún siendo subordinado recibirá una gran valoración social; la función de la maternidad gozaba de un prestigio social equivalente al del guerrero, ya que el nacimiento de un niño se equiparaba a la captura de un prisionero en la batalla; por ello la comadrona emitía un grito de guerrera en el instante del nacimiento.

Las mujeres que morían en el parto, al igual que las ahuianimes, iban a ocupar un lugar especial en el cielo de Huitzilopochtli, al lado de los guerreros muertos en el campo de batalla.

La educación sexual se impartía en forma explícita; por ejemplo, en los consejos que una madre daba a su hija se encontraban contenidas una serie de reglas de comportamiento relacionadas con la sexualidad que toda joven azteca debería cumplir:

Se les inducía a usar vestidos honestos, sin adornos y no llamativos, a no maquillarse porque eso correspondía a mujeres mundanas, a conservar su virginidad para merecer el aprecio de quien las solicitara por esposas y a no cometer nunca el adulterio.

Por su parte, en los consejos que daba el padre a sus hijos se enfatizaba particularmente el control de la sexualidad y se insistía en que debía alejarse de toda práctica sexual antes de alcanzar la edad del pleno desarrollo físico.

La religión y la mitología en ella contenida, contribuían ampliamente al cumplimiento de estos preceptos de carácter moral; en este sentido existían una serie de mitos que fomentaban la idea que cualquier práctica sexual antes de alcanzar la edad adecuada conducía irremediablemente a graves perturbaciones de la salud y a la pérdida de la potencia sexual.

Decían los viejos en sus discursos que si el joven no se esperaba hasta alcanzar la edad necesaria: "se le cortaba el crecimiento", "será un enclenque, todo el día moqueando, descolorido, pálido... un tullido".

Las relaciones sexuales sin embargo no eran pensadas únicamente en función de la reproducción, sino que eran reconocidas y aceptadas como una necesidad vital del hombre.

Así por ejemplo, los consejos que se daban a las nuevas generaciones incluían la valoración del placer sexual como tal:

"Para que no siempre estuviéramos tristes, nos dio el señor: la risa, el sueño, el sustento, nuestra fuerza y nuestro brío y aquél dulce placer de la carne con que se propagan los hombres..."

Este reconocimiento de las necesidades sexuales no se circunscribía al hombre: incluía también a la mujer.

En los consejos al joven se le hacía ver lo que ocurriría con su mujer si perdía la capacidad sexual y la posibilidad de satisfacerla.

"Ella sentirá repulsión por ti, te verá con asco porque la estas matando de hambre, y es cuando a ella se le enardece el placer que tu tenías que darle, pero tu ya acabaste, ya estás agotado, ya no puedes satisfacerla..."

Cuando la cultura azteca se hallaba en plena elaboración de una síntesis filosófica y religiosa, vio interrumpida su evolución por un acontecimiento que escapaba totalmente a la concepción del origen y el fin de su mundo.

7.2 DE LA CONQUISTA AL SIGLO XX

Si analizamos la Conquista desde la perspectiva de su impacto en la conciencia nacional, vemos que la evolución posterior que habría de dar como resultado las formas específicas de ser del mexicano de hoy tiene su explicación en esa fusión cultural que representó la conquista, entendida ésta no como el hecho mismo de la lucha armada, sino como un proceso de dominación y de fusionamiento de concepciones del mundo diferentes que se desarrolla a lo largo del tiempo.

La Conquista constituye el elemento explicativo central en la conformación de la conciencia nacional y en la configuración de las características tanto socioeconómicas como psicológicas que definen al mexicano.

La llegada de los españoles representa la inserción de un tiempo histórico diferente, porque aún a pesar de que España constituía una de las sociedades más retrógradas de su tiempo, en la medida en que asume la empresa colonizadora y que la lleva a sus últimas consecuencias, entra de lleno a la historia universal.

Pero desde el punto de vista de la llamada "visión de los vencidos", es decir, desde la perspectiva indígena, la Conquista fue el acabamiento de un mundo, el fin trágico de un pasado glorioso.

Pero la empresa de la conquista no fue una labor simple, y si bien el aspecto militar constituyó un hecho sobresaliente, más importante fue la implantación de una idea del mundo y de un orden socioeconómico totalmente distinto al del mundo indígena.

La destrucción de las ciudades indígenas y de las obras producto del arte prehispánico no representan sino el afán de borrar toda historia pasada y de insertar la realidad indígena en un tiempo y un orden diferente: el llamado orden occidental.

Todas las manifestaciones de la vida, desde lo económico hasta lo psíquico, pasando por las expresiones artísticas reciben el impacto y son en verdad la consecuencia de ese encuentro de mundos que constituye la conquista y la colonización. En todos estos hechos hay la fusión de dos mundos, de dos realidades. La veneración a la Virgen de Guadalupe, cuya aparición ocurre en el templo de una diosa india Tonantzin, es parte de esta síntesis espiritual que la conquista misma ha emprendido. Por esto el escritor Carlos Fuentes dice que uno no sabe si lo que se adora en los altares de las iglesias de México es la

serpiente coronada de plumas o el hombre coronado de espinas, si es a Quetzalcóatl a quien se adora o a Cristo.

La idea de la sexualidad está inmersa también dentro de esa amalgama cultural. Así, en el mundo indígena la única presencia de la mujer es en tanto madre universal y en tanto diosa, pero aparte de este hecho la historia indígena es una historia cerrada a la mujer.

Algunas maneras de concebir lo sexual entre los españoles y los indígenas eran bastante similares como era el caso de las ideas acerca de la virginidad, pero no ocurría ante otros hechos como es el caso de la repulsión que la moral española sentía ante la desnudez de los cuerpos y la forma como se concebía lo sexual.

Así, los españoles obligaban a los indígenas a vestirse antes de entrar a las iglesias, puesto que la inmundicia y la terrenalidad de los cuerpos era irreconciliable con el ideal ascético de la religión cristiana. Estas ideas eran completamente ajenas y contrarias a la moral indígena, por lo que una vez que salían de los templos se deshacían de la indumentaria que se habían puesto al entrar.

Las representaciones del acto sexual eran concebidas como una manera de aproximación a los dioses, como una práctica cotidiana para invocar a la lluvia, para propiciar la fertilidad de la tierra. Por su parte los españoles no concebían lo sexual sino como una manera de reproducir la especie humana tal como lo enuncia la moral cristiana.

El siglo XVI se puede considerar como el período en que se empiezan a implantar las instituciones producto de la conquista y que el proyecto de colonización requiere para reordenar y adaptar la estructura socioeconómica y cultural a las necesidades de la Corona Española.

Así, por ejemplo, las instituciones educativas del mundo prehispánico como es el caso del Calmecac y Tepochcalli encontraron su contrapartida en las

instituciones educativas de la primera época colonial: los grandes colegiados de Santa Cruz en Santiago Tlalotelco y de San José de los naturales en el convento de San Francisco, las escuelas parroquiales y las escuelas de barrios coloniales.

Con el propósito de consolidar la institución familiar, fueron creados los "Recogimientos de mujeres". La idea original fue dar protección y cabida a prostitutas en proceso de regeneración, más adelante amplió su acción a las mujeres que presentaban problemas de divorcio y servían como un lugar de retiro temporal. Sin embargo, con el transcurso del tiempo se fueron transformando en verdaderas prisiones para mujeres que de alguna manera atentaban contra la moral pública y constituían un mal ejemplo para las "mujeres casadas y las hijas de familia".

Estas instituciones fueron desapareciendo, en parte por el triunfo de las ideas liberales y una nueva concepción de las mujeres. Y en parte porque las leyes de Reforma desamortizaron las corporaciones civiles y religiosas.

El siglo XVII fue el siglo de la consolidación de todo este proceso de conformación de la sociedad colonial, cuyos efectos se harían evidentes en el florecimiento económico, social y cultural que tuvo la Nueva España en el siglo XVIII.

No obstante lo anterior, en las postrimerías del siglo XVII no se concebía siquiera la posibilidad de la participación femenina en actividades culturales o académicas y sólo en los claustros podían realizarse algunas actividades culturales.

Durante la colonia la mujer no tenía presencia en la vida socio cultural del país. Es por esto que la aparición en el plano cultural de una mujer era algo indispensable, algo insólito. De ahí el drama de Sor Juana Inés de la Cruz, drama doble, en el sentido de que el hecho mismo de ser mujer la negaba para

una vida y una vocación solamente destinada a los hombres y también porque fue una mujer que trascendió su tiempo, por lo que su vida misma estuvo marcada por la soledad propia de aquellos que son la conciencia histórica, no de su tiempo sino del futuro.

Sor Juana venció las limitaciones que le imponía la época y surge como ejemplo del talento de una feminidad criolla. El conocimiento, privilegio masculino, era incompatible con las obligaciones hogareñas. Por eso sus aspiraciones intelectuales la orillaron a optar por el retiro conventual.

Sor Juana luchó durante años a favor del desarrollo de la educación femenina; estos esfuerzos vinieron a fructificar mucho tiempo después de su muerte con la fundación del Colegio de San Ignacio de Loyola, conocida como "De las Vizcaínas", en el año de 1767. Esta escuela vendría a representar la institucionalización de educación superior femenina en México.

En el siglo XVIII la Nueva España crece y prospera, la Ciudad de México supera los cien mil vecinos, cambia su fisonomía y define más sus costumbres; se llena de casas palaciegas, permite el tránsito de coches y obtiene por primera vez iluminación nocturna.

A las mujeres de la alta sociedad antes tan austeras e introvertidas, encerradas en el hogar del que sólo salían de visita o a la iglesia, les da por reunirse en tertulias, dejarse cortejar y cometer liviandades; la música se extendió por todas partes y el baile por parejas sustituyó en gran parte a las antiguas danzas.

Al asumir su independencia, México era el más extenso de los países hispanoamericanos; sin embargo los males eran enormes: aislamiento internacional, separatismo de regiones, deterioro de caminos y en el orden económico la situación era catastrófica.

La forma de concebir los aspectos de la vida sexual no sufren cambios sustanciales, por lo que siguen rigiendo las formas de comportamiento propias

del período colonial. Se trata de una doble moral que permite y acepta el libre ejercicio sexual masculino, a la vez que condena y sanciona a la mujer que se aparte de la fórmula: virginidad-matrimonio-maternidad.

En el México porfirista el proceso de descomposición social trae aparejado un proceso de pérdida de los valores morales, situación que aunada a la difusión de la moral victoriana trae como consecuencia la formulación de medidas de un contenido moral exagerado.

Así por ejemplo, no se toleraban manifestaciones amorosas en la vía pública: cuando se encontraban parejas entrelazadas en prolongados abrazos y besos en la calle o jardines se les imponía una multa de cuatro reales.

En vista de que era una práctica cotidiana realizar las necesidades fisiológicas en la calle, las autoridades decidieron instalar mingitorios públicos, especialmente porque los miembros de la sociedad protectora de la moral pública consideraron estos hechos como denigrantes para la moral y las buenas costumbres.

La represión social permanente en que se debatía la sociedad porfirista provocaba a la vez una represión sexual que tenía como válvula de escape una falsa liberación que se manifestó en la proliferación de la literatura obscena, el incremento de las enfermedades venéreas, el número de abortos, concubinatos, raptos, violaciones y adulterios. Proliferó la venta de cuadros de desnudos, justificándolos como productos artísticos. El amasiato era una práctica común en la sociedad porfirista.

Por otra parte la Revolución Industrial vino a modificar la paz del mundo y el modo de vida de los hombres y trajo consigo un espíritu de curiosidad e investigación que repercutió directamente en la sexualidad.

De la industrialización derivaron fenómenos tan importantes para la vida sexual como la incorporación de la mujer al trabajo asalariado y su acceso a la

educación; el traslado de algunas funciones familiares a manos del estado; la concentración de la población en centros urbanos, los cuales son fenómenos que trajeron como consecuencia un cambio en los roles sociales y en las formas y relaciones de la familia.

Las industrias textiles y tabacaleras, dieron oportunidad de trabajo a la mujer de estratos sociales marginados; otras mujeres de nivel medio se integraron al comercio o a la burocracia como dependientes, secretarías y mecanógrafas.

Otro campo que se consideró propio para la mujer fue la docencia con el reconocimiento de la necesidad de educación de la mujer, surgen muchas escuelas para señoritas y proliferan las maestras de nivel elemental.

Con el ascenso del capitalismo surgen las primeras asociaciones obreras que plantean reivindicaciones sociales de todo tipo y que integran en sus filas junto a los hombres a algunas mujeres trabajadoras.

La Revolución Mexicana abre una serie de posibilidades en los distintos ordenes de la vida nacional; económico, social, político y cultural.

La presencia de la mujer en las luchas reivindicadoras le proporcionó tal grado de conciencia social que le permitió participar de manera activa en la lucha armada revolucionaria. Fueron encargadas de las medicinas, municiones, alimentos, correo, equipo militar e información sobre el enemigo.

También actuaron como despachadores de trenes, telegrafistas o enfermeras.

La revolución misma que se llevaba a cabo en el país, mas las luchas por las reivindicaciones femeninas en diversos países dieron inicio a modificaciones en los rígidos patrones de separación de los sexos.

Así en Yucatán, el Gobernador del Estado, Felipe Carrillo Puerto, promulgó la Ley Estatal que otorgaba el derecho a voto de la mujer. Al mismo tiempo llevó a cabo las llamadas "jornadas educativas para obreros y trabajadores en general" que incluían aspectos sobre educación familiar, el papel de los padres

en la educación de los hijos y algunos rudimentos sobre educación sexual. Este esfuerzo quedó truncado al término de su período.

Dentro de este contexto se ubica también el intento de reforma educativa, propuesta por Narciso Bassols en 1931. Ese mismo año una sociedad de maestros integrada en su mayoría por médicos, elevó a la Secretaría de Educación un memorándum justificando la necesidad de impartir en las escuelas públicas educación sexual. La Secretaría estudió cuidadosamente la cuestión, no dictó ninguna medida al respecto, salvo la de designar una comisión técnica para que considerara ampliamente el problema y rindiera un dictamen.

Las diversas medidas de reforma educativa, entre las cuales se encontraba el proyecto de incluir la educación sexual, encontró mucha oposición y en consecuencia la petición de incluir educación sexual no se llevó a la práctica.

En los gobiernos posteriores al período cardenista, que es el período a partir del cual se considera que México entra en un período de modernización, las formas de la conducta sexual van siendo modificadas paulatinamente, como resultado de las nuevas actividades socioeconómicas que la vida del país requiere. Así por ejemplo el proceso de industrialización que se ha empezado a consolidar exige una participación cada vez mayor de la mujer en las actividades económicas, y en lo político se le empiezan a reconocer ciertos derechos a nivel nacional como el voto, aparecido en la década de los 50.

Para finalizar podemos decir que el siglo XX rompió la tradición de los matrimonios concertados por los padres y la decisión de la pareja pasa a ser el elemento primordial para su realización. El invento de los anticonceptivos da un sentido diferente a las relaciones sexuales, y el placer sexual, separado de la función reproductiva se convierte en una posibilidad legítima para el hombre y la mujer.

La mayor igualdad de la mujer con respecto al hombre, en el plano jurídico y en cuanto a sus actividades, el avance de la técnica y la ciencia que le dan a la sexualidad un sentido de validez universal, más la posibilidad de evitar tener hijos no deseados, son fenómenos todos que traen implícitos cambios fundamentales en la concepción de hombre y mujer, en la concepción de pareja y en la concepción de la familia.

CAPITULO OCTAVO

8. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Se estudian los antecedentes de la planificación familiar, la salud y recomendaciones. Este capítulo tiene una importancia vital especialmente en las recomendaciones sobre la suspensión definitiva de la procreación a partir de los 35 años de edad de la mujer, después del tercer nacido vivo.

8.1 PLANIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

El concepto de planificación familiar en México se encuentra ubicado al más alto nivel de reconocimiento social y jurídico: El artículo 40 Constitucional lo señala con claridad como "el derecho de toda pareja a decidir de manera libre, responsable e informada el número y espaciamiento de sus hijos". Es por ello que en correspondencia a este derecho social, tengamos la obligación de lograr que todos los mexicanos podamos decidir cuántos hijos y cuándo habremos de tener y sobre todo, qué implicaciones tiene el uso de nuestra libertad de decisión, qué aspectos deben ser considerados dentro del marco de responsabilidad individual, familiar y social; y que información debemos obtener para apoyar la selección de nuestras decisiones.

Por otro lado, es importante reconocer también que nuestra Carta Magna nos ofrece el Derecho de Protección a la Salud y que por lo tanto, es también nuestra responsabilidad alcanzar el bienestar físico, mental y social que representa a la salud y participar activamente en las acciones que permiten mantenerla.

Para comprender un poco más profundamente el porqué de la existencia de un Programa de Planificación Familiar que tiene aplicación en todo el país, habremos de recordar someramente algunos aspectos de su historia.

Los antecedentes más remotos que encontramos en nuestro país en relación con actividades de Planificación Familiar, se remontan al año de 1925, época en la cual se funda una clínica de planificación familiar en el Estado de Yucatán asociado al interés particular de un grupo de mujeres que deseaban tener

oportunidades de mejor desarrollo personal en aspectos relativos a su acceso al trabajo y a otras manifestaciones de desarrollo social. Este hecho coincide con el movimiento imperante a nivel internacional en relación con los derechos de la mujer para obtener una mayor participación en acciones de orden social, económico y político.

Sin embargo en México, la política gubernamental con respecto a la población, es decir, los propósitos generales del gobierno de México respecto del crecimiento de la población y sus movimientos migratorios, tuvo hasta el año de 1974, una orientación pronatalista, es decir, que la prioridad nacional en la materia perseguía poblar la extensión total del país como elemento fundamental para propiciar el desarrollo económico nacional. Esta orientación de la política de población, dio por resultado que se generara un acelerado crecimiento de la población, que alcanzó para el año de 1971 una tasa de 34.6 por 1000 habitantes.

Hacia 1973 reconoció la necesidad de asociar a la política demográfica con las variables que inciden en el desarrollo integral, considerando factores de orden no sólo económico, sino también de orden social, como lo son la salud y la educación y elevó a rango constitucional el derecho social de toda pareja a decidir de manera libre, responsable e informada, acerca del número y espaciamiento de sus hijos.

Este marcado avance social y jurídico, se vio apoyado de inmediato con la promulgación en 1974 de las modificaciones a la Ley General de Población y de su Reglamento, que consideran en sus contenidos los nuevos enfoques que el país daba a partir de entonces a su desarrollo poblacional; introduciendo un nuevo concepto de equilibrio entre el territorio y sus recursos a la magnitud y distribución de la población en el país.

A partir de ese momento se crea también el Consejo Nacional de Población, organismo que agrupa bajo la presidencia de la Secretaría de Gobernación a las secretarías de: Hacienda y Crédito Público, Relaciones Exteriores, Salubridad y Asistencia, Educación Pública, Trabajo y Previsión Social y de la Reforma Agraria; todas ellas con responsabilidad específica en relación con los principales hechos que integran el fenómeno del crecimiento demográfico: los nacimientos, las defunciones y las migraciones o movimientos de las comunidades de uno a otros lugares, en asociación directa con el avance tecnológico, económico, educativo, cultural, social y de salud que se observa en el país.

Al sobrevenir el cambio en la política de población como consecuencia del descenso en las tasas de mortalidad, el mantenimiento estable de la natalidad y el incremento en la tasa global de fecundidad, se asigna a las instituciones de salud, la responsabilidad de organizar el Plan Nacional de Planificación Familiar conjuntamente con el Consejo Nacional de Población, el documento final es aprobado en el año de 1977.

Este plan abarca acciones de educación sexual y comunicación, además de la política de población en sus aspectos generales y la prestación de servicios de salud que incluyeran a la planificación familiar y la educación e investigación biomédica y social, en lo que atañe a las instituciones de salud del país.

Cabe mencionar que la disminución de la tasa de mortalidad general, constituye un logro importante desde el punto de vista de la salud de la población nacional, su descenso permitió que se hiciera notoria una serie de eventos que son igualmente importantes desde la perspectiva de la salud: las características y factores asociados a la fecundidad como elemento capital de la natalidad, que condujeron a definir acciones para mejorar las condiciones de salud materna e

infantil en México y las características de calidad, cantidad y mortalidad de esos grupos.

Uno de los primeros factores a considerar lo ha constituido el grupo humano en riesgo. Para la fecundidad, este grupo lo constituyen las mujeres en edad fértil, y de ellas, principalmente aquellas que se encuentran en unión. Para 1983, se estimo que en el país hubo casi 18 millones de mujeres en edad fértil, y de ellas, 11 millones se encontraban unidas y para 1988 se estimaron 21 y 13 millones, respectivamente. Otro factor de interés ha sido la edad de inicio de la reproducción, pues mientras más temprana es ésta, mayor será el período reproductivo real de la mujer y con ello, mayor será también el riesgo de alcanzar un número más elevado de hijos al término de su etapa reproductiva, conocida esta cifra para el total de la población como Tasa Global de Fecundidad. Una de las implicaciones derivadas de la elevación de este indicador, lo constituye el retraso a nula incorporación de la mujer al desarrollo socioeconómico y cultural.

En cuanto a las características de los daños a la salud observables en el grupo materno e infantil, destacan por su trascendencia las causas de morbilidad y mortalidad de las mujeres en asociación con el embarazo, el parto y el puerperio, y desde luego, las causas de enfermedad y muerte de los niños durante la gestación o durante el primer año de vida, sobre todo si consideramos que en condiciones ideales NO debieron morir las mujeres, ni los niños, como consecuencia de un proceso natural destinado a la generación de vida y no a la producción de muerte.

En la siguiente parte del trabajo se muestran los hechos mas importantes respecto de la salud de las madres y de sus productos, y para ello se muestra la relación existente entre la planificación familiar y la salud que se hace más

evidente cuando se tienen frente a sí los resultados de la falta de conocimiento, de previsión o de aplicación adecuada de los criterios de planificación familiar.

8.2 SALUD

1. Embarazo de jóvenes adolescentes antes de alcanzar la madurez física y emocional necesaria.

Es pertinente recordar que los riesgos psicológicos del embarazo en la adolescencia son tan peligrosos como los biológicos, puesto que para que una adolescente sea una madre, en el sentido amplio de la expresión, debe haber alcanzado madurez emocional y niveles educativos y culturales que le permitan desempeñar su papel adecuadamente y estar en condiciones de proveer al niño un ambiente estable, saludable y estimulante.

En cuanto a la salud física, el embarazo en mujeres de edad menor a 20 años, la expone a sufrir enfermedades concomitantes como son la eclampsia, preeclampsia y anemia, frecuentemente asociadas a desnutrición en diferentes grados. Estos hechos repercuten directamente en la salud de los productos, siendo frecuente el hallazgo de malformaciones congénitas, además del bajo peso al nacimiento y durante los primeros meses de vida. Estos elementos hacen que los índices de mortalidad neonatal e infantil se vean incrementados.

La prematuridad, la inmadurez y mortalidad neonatal temprana, se asocian en proporción inversa a la edad de la madre. Los riesgos de anoxia o hipoxia durante el nacimiento, son mayores en los extremos de la edad de la madre (tanto en menores de 20 años como en mayores de 30) traduciéndose en secuelas para los productos como la parálisis cerebral, el retraso mental, la ceguera hipoacusia o síndromes convulsivos del tipo de la epilepsia. La supervivencia de estos pequeños se encuentra además asediada por una mayor susceptibilidad a las infecciones y la manifestación de deficiencias nutricionales durante su etapa de desarrollo.

Por otra parte, las exigencias de la vida en las actuales condiciones sociales y económicas, hacen que la mujer requiera de una mejor calidad en su formación y capacitación que le permita incorporarse a la vida productiva en condiciones favorables para lograr la satisfacción de las necesidades de ingreso y ahorro propias y familiares, por lo que su permanencia en las aulas por un periodo mayor, se hace necesaria. Este hecho también la llevará a alcanzar una mayor madurez biológica y emocional que le permitirá desarrollar su vida conyugal y familiar en condiciones óptimas.

2. Duración del intervalo entre un embarazo y el siguiente.

La relación de la existencia de intervalos cortos de un nacimiento al siguiente y la mala nutrición materna e infantil, es producto de nuestro medio, de un círculo vicioso en el que participan además de las precarias condiciones de salud originales en la futura madre, el ingreso bajo, la educación deficiente y en ocasiones el analfabetismo, asimismo el poco acceso a los alimentos de contenido nutricional adecuado.

Los embarazos frecuentes aumentan los riesgos de peso bajo durante la gestación, anemia, parto traumático o prolongado e infección asociada, que conduce a la obtención de tasas elevadas de mortalidad materna. Se ha descrito una forma de penetración de anemia nutricional denominado "Síndrome de Agotamiento Maternal", condición que empeora con el embarazo sucesivo de intervalo corto y que se menciona como una de las causas principales de mortalidad materna.

Cabe recordar que una mujer necesita por lo menos tres años después de cada parto para recuperar su salud y un periodo mayor si padece mal nutrición. Desde luego, los hijos que son producto de embarazos frecuentes, de intervalo corto, también tienen riesgo, son altamente vulnerables durante los primeros meses de vida, sobre todo si dependen para su crecimiento de nutrición provista

por madres de salud escasa. La lactancia al seno materno, con frecuencia no satisface las necesidades de los hijos, ni cuantitativa, ni cualitativamente, cuando la madre sufre de mala nutrición.

Es importante señalar también, que los hijos nacidos de mujeres que han tenido un periodo entre nacimientos demasiado breve, reciben menos atención maternal y afecto, que los niños nacidos de mujeres que planean sus embarazos de acuerdo a sus responsabilidades maternas y familiares y en relación a sus condiciones de salud y nutrición.

3. Número total de hijos acorde a las condiciones de salud de la madre y el plan de desarrollo familiar.

La asociación de datos entre duración del periodo reproductivo de la mujer que en promedio es de 35 años, la frecuencia intervalo corto en los embarazos, y la edad de la madre al inicio y término de su vida reproductiva, se conjugan para dar lugar a un último elemento a considerar; el número total de hijos que alcanza una mujer en su etapa fértil.

La incidencia de placenta previa y la mortalidad durante el parto o a consecuencia de éste, a partir del cuarto embarazo aumenta gradualmente en relación con el número de gestaciones. Igualmente, las complicaciones del embarazo aumentan a medida que el número de ellos es mayor; existe una correlación frecuente entre la alta paridad con Diabetes Mellitus, alcanzando una proporción tres veces mayor en el caso de las multíparas de edad mas avanzada, que en caso de las mujeres del grupo comprendido entre los 20 y los 34 años y con una a cuatro gestaciones.

Por otra parte, la mortalidad perinatal llega a alcanzar cifras casi cuatro veces mayores en los niños que son producto del sexto embarazo, que en los productos del segundo al cuarto embarazo. Es demostrable que el número de

hijos nacidos de una madre afecta las posibilidades de crecimiento, desarrollo y supervivencia de estos, además de los daños que ocurren en las mujeres.

4. Suspensión definitiva de la producción antes de los 35 años de edad.

Si el inicio temprano de la reproducción en la mujer trae aparejados trastornos importantes para su propia vida y la de su(s) hijo(s), el inicio tardío o la prolongación de la vida reproductiva más allá de los 35 años de edad no se quedan a la zaga, en cuanto a riesgos para la salud materno-infantil.

Las complicaciones del embarazo ocurren con una frecuencia de dos o tres veces mayor, en mujeres mayores de 35 años, sea o no que hayan tenido embarazos anteriores. De nuevo la toxemia en cualquiera de sus formas, la hemorragia y la posibilidad de tener un parto difícil o prolongado, se hacen presente.

La asociación entre embarazo, diabetes mellitus, toxemia, otras causas de patología general y estado nutricional deficitario, aunados a la multiparidad, incrementan con mucho los factores de riesgo perinatal en nuestro medio.

La mortalidad perinatal en los hijos de mujeres de 35 años o más, se ve incrementado a más de tres veces el valor que se observa en los hijos de las mujeres de menor edad.

Los riesgos para los hijos de las madres de edad mayor son especialmente serios. Ciertas deformaciones congénitas, especialmente las derivadas de aberraciones cromosómicas, están fuertemente ligadas a la edad de la madre. Existe una relación directamente proporcional entre la edad creciente de la madre y la frecuencia de aparición de Síndrome de Down. La incidencia aumentó exponencialmente con la edad, a partir de los 35 años.

Mientras que en el grupo de 20 a 24 años el riesgo de presentar Síndrome de Down es de 1 caso en 2000, en el grupo de 35 a 39 años aumenta alarmantemente a 1 en 300 y para el grupo de 45 o más, uno de cada 50

nacidos vivos, está en riesgo de padecer mongolismo. Además, a partir de los 35 años, se aprecia una asociación con otros trastornos de orden genético de igual gravedad.

Las estadísticas de mortalidad materna y perinatal, alcanzan sus niveles más bajos en el grupo de madres comprendido entre los 20 y los 30 años de edad, por lo que se le considera el periodo más seguro para tener hijos.

Como se ha tratado de demostrar, la planificación familiar es un factor de gran importancia para la conservación de la salud de la madre y para el pronóstico de las condiciones de desarrollo de los hijos.

8.3 RECOMENDACIONES

1. Diferir el primer embarazo hasta que la mujer haya alcanzado, cuando menos, los 20 años de edad y haya mejorado sus condiciones de estabilidad física, emocional y social.
2. Ampliar el intervalo entre los embarazos sucesivos a un mínimo de tres años a partir del anterior.
3. Contribuir a lograr el número de hijos ideal que una pareja desee para su desarrollo familiar en condiciones de salud plena, asegurando la realización personal de sus integrantes, tanto en aspectos económicos, como profesionales, sociales y culturales.
4. Propiciar la suspensión definitiva de la actividad reproductiva a partir de los 35 años de edad de la mujer, después del tercer nacido vivo.
5. Facilitar la participación activa del varón en las activaciones de regulación de la fertilidad de la pareja, de acuerdo a sus planes de desarrollo familiar.

CAPITULO NOVENO

9. METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA

Aquí se analiza la metodología anticonceptiva, su análisis, conocimiento y aplicación de los métodos anticonceptivos. Se proporciona la información sobre los conceptos, antecedentes, métodos temporales y permanentes. Así como la clasificación de los métodos.

La metodología anticonceptiva es el medio utilizado por las parejas e individuos para lograr el control de su fertilidad. Resulta difícil tratar el tema sólo desde el punto de vista médico-biológico, pues en la aceptación, uso y continuidad de uso de cualquier método intervienen entremezclados, además de los biológicos, factores sociales, éticos, religiosos, económicos, etc.

En este sentido, cabe mencionar que ningún método está exento de efectos colaterales, ni existe un ideal aplicable a todas las parejas; por lo que en la selección de cualquiera se tienen que considerar las diversas necesidades del individuo, como pueden ser salud, paridad, edad, religión, comportamiento sexual, etc.

El presente trabajo proporciona información sobre las características y propiedades de los distintos métodos anticonceptivos, así como los aspectos médicos, sociales y psicológicos que todo individuo debe conocer para seleccionar el que más se ajuste a su situación particular.

9.1 CONCEPTO Y ANTECEDENTES

Entendemos por metodología anticonceptiva cualquier medio, procedimiento o instrumento que utilice la pareja fértil con el fin de evitar la unión del óvulo con el espermatozoide, es decir, que permita la cópula entre la pareja evitando un embarazo no deseado.

La historia de los anticonceptivos se remonta a milenios atrás, siendo los más antiguos los anticonceptivos intrauterinos utilizados en animales como los camellos hembras para evitar que se embarazaran durante su travesía por el desierto. Por otra parte, los métodos locales también fueron empleados,

citándose, como ejemplo, la goma arábiga por sus propiedades espermicidas fue base para la elaboración de métodos locales.

En el siglo XIX los dispositivos intrauterinos usados en mujeres fueron populares, tanto para fines anticonceptivos como para tratamientos ginecológicos.

Los principios en que se basan los métodos citados y otros se encuentran descritos en los papiros egipcios que son los textos más antiguos que conocemos.

Los avances de la medicina han ido perfeccionando lentamente estas técnicas a través del tiempo, sin embargo, no fue sino hasta la década de los sesentas de este siglo cuando se lograron avances notables en el desarrollo de la tableta anticonceptiva y el dispositivo intrauterino.

Últimamente en los países desarrollados han tomado gran auge los métodos permanentes, los cuales se han simplificado mediante diversas técnicas que facilitan su realización en poco tiempo y con una permanencia hospitalaria mínima.

Hoy en día se dispone de una gran variedad de métodos anticonceptivos clasificados por sus características en dos grandes grupos: Temporales y Permanentes.

9.2 MÉTODOS TEMPORALES

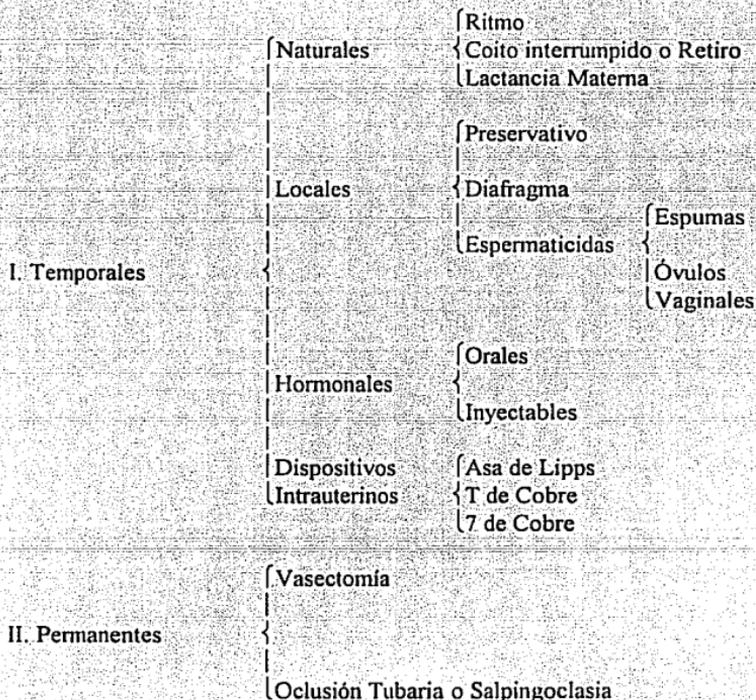
Son aquéllos que la pareja usa por un tiempo determinado para regular su fecundidad. Se incluyen en este grupo: los naturales, locales, hormonales e intrauterinos.

9.3 MÉTODOS PERMANENTES

Son técnicas quirúrgicas que tienen como finalidad la interrupción definitiva de la capacidad de reproducción en el hombre y la mujer; corresponden a este grupo la vasectomía y la oclusión tubaria bilateral respectivamente.

A continuación se describen cada uno de los métodos siguiendo el orden del esquema. Se iniciará con los métodos temporales.

9.4 CLASIFICACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



Se analizarán a continuación los métodos TEMPORALES:

9.5 MÉTODOS NATURALES

Los métodos naturales son aquéllos que no requieren de ningún agente extraño o substancia química que impida la concepción. Entre ellos se encuentran: el ritmo o abstinencia sexual programada, el coito interrumpido y la lactancia.

9.5.1 RITMO O ABSTINENCIA SEXUAL PROGRAMADA

El ritmo o abstinencia sexual programada consiste en evitar las relaciones sexuales durante los días fértiles. Para identificar este periodo de fertilidad existen diversos procedimientos: del calendario, de la temperatura y del moco cervical.

a) Calendario:

La forma de calcular el periodo fértil a través del calendario consiste en llevar un registro de la duración de los últimos 8 ciclos para determinar los días posibles de ovulación.

Se marca en un calendario los diez primeros días del ciclo del sangrado. Durante estos días puede haber relaciones sexuales sin posibilidad de embarazarse.

b) Temperatura:

Debe anotarse en un papel, la fecha, la hora y la temperatura que marca el termómetro.

El día probable de la ovulación será el día en que se inicia el aumento de la temperatura.

De la misma manera que ocurre con el procedimiento del calendario, una vez conocido el día probable de ovulación hay que tomar precauciones un mínimo de 5 días antes y 5 días después.

c) Observaciones del Moco cervical:

Consiste en observar las características del moco cervical y detectar las diferencias que presenta dependiendo de la fase del ciclo en que se encuentre.

Para observar sus características es necesario que se extraiga con los dedos índice y medio una muestra del moco desde lo más profundo de la vagina.

Durante la primera mitad del ciclo, por efecto de los estrógenos, es líquido, blanquecino, en regular cantidad; en la ovulación la secreción se vuelve

abundante, viscosa y elástica llegando a alcanzar alrededor de 10 cm. de elasticidad; después de la ovulación, por efecto de la progesterona vuelve a tomar sus características iniciales. En los días de mayor elasticidad del moco, se evitarán las relaciones sexuales.

Ventajas:

- No se requiere de un equipo especial.
- No ocasiona gastos.
- No ocasiona efectos colaterales en el organismo.

Desventajas:

- Abstinencia sexual durante varios días consecutivos.
- Su práctica requiere de auto dominio y un alto nivel de motivación.
- No se recomienda en mujeres con ciclos menstruales irregulares.
- Se requiere de adiestramiento específico.

9.5.2 COITO INTERRUPTO

El coito interrumpido, comúnmente conocido como método del retiro, consiste en retirar o extraer el pene de la vagina en el instante previo a la eyaculación. Esto tiene como finalidad evitar la entrada de los espermatozoides al conducto vaginal y así impedir el encuentro con el óvulo.

Ventajas:

- No se requiere de un equipo especial.
- No presenta los efectos colaterales que puedan ocasionar otros métodos mas complicados.
- No requiere supervisión médica ni implica gastos económicos.

Desventajas:

- Puede producir congestión de la próstata en el hombre y congestión pélvica en la mujer.
- Puede tener consecuencias psicológicas para la pareja.

- Bajo índice de efectividad.

9.5.3 LACTANCIA MATERNA

El amamantamiento ha sido considerado como un método anticonceptivo debido a que la inhibición de la ovulación permite tener relaciones sexuales sin riesgo de embarazo durante un período cuya terminación no puede predecirse con exactitud.

La inhibición de la ovulación y el retraso de la menstruación se deben a la acción de una hormona llamada prolactina, la cual evita la producción de las hormonas que intervienen en la maduración del óvulo.

Ventajas:

- No se requiere equipo especial.
- No ocasiona gastos.
- No ocasiona efectos colaterales en el organismo.

Desventajas:

- Bajo índice de efectividad.

9.5.4 CONFIABILIDAD

Las causas del fracaso pueden ser múltiples; en el caso del método del ritmo, resulta difícil precisar los días de la ovulación debido a la irregularidad en los ciclos menstruales, y a la dificultad en detectar los días de la ovulación. Además, la práctica de este método se dificulta por la poca disponibilidad a la abstinencia sexual.

Respecto a la detección de la ovulación a través de la temperatura se puede ver interferida por cualquier infección o gripe; errores en la lectura del termómetro; ingestión de bebidas alcohólicas, etc. Con respecto al moco, resulta difícil que cualquier persona pueda distinguir las diferentes características que presenta en cada fase del ciclo; y por otro lado, una mujer con leucorrea o flujo va a extraer un moco totalmente alterado que no permite distinguir su consistencia real.

En cuanto al coito interrumpido puede presentar fracasos debido a que el fluido que se emite antes de la eyaculación puede contener espermatozoides que fecunden al óvulo; y por otro lado, existe el peligro de eyacular en la vulva y que los espermatozoides asciendan a la vagina. Además su efectividad disminuye por la dificultad en el control de la eyaculación.

La lactancia, por su parte, no constituye un método anticonceptivo seguro debido a que resulta muy difícil determinar el momento en que se inicia la ovulación.

Muchas mujeres esperan tomar medidas anticonceptivas a partir del primer sangrado menstrual, ignoran que la ovulación se puede presentar antes, y por lo tanto embarazarse.

9.6 METODOS LOCALES

Los métodos locales son aquéllos que requieren de agentes mecánicos o sustancias químicas con la finalidad de impedir que los espermatozoides alcancen la cavidad uterina y fecunden al óvulo.

Se encuentran entre estos el preservativo, el diafragma y los espermaticidas: jaleas, espumas y óvulos vaginales.

9.6.1 PRESERVATIVO

Es una especie de funda elaborada de hule muy delgado u otro material muy elástico.

Modo de empleo:

Se coloca en el pene erecto antes del coito, constituyendo así un depósito del semen eyaculado evitando que se vierta en la vagina. Al retirarlo debe sujetarse con los dedos como una medida de precaución.

Se debe emplear uno por cada cópula.

Ventajas:

- Evita la transmisión de enfermedades por contacto sexual.

- No requiere receta médica.
- Es de bajo costo.
- Promueve la participación masculina en la Planificación Familiar.

Desventajas:

Algunos hombres refieren que disminuye la sensibilidad en el pene durante el contacto sexual.

Efectividad:

Es un método eficaz en un 80 a 97% cuando se usa adecuadamente.

9.6.2 DIAFRAGMA

Es una semiesfera de látex cuya base es un aro flexible de metal de diferentes medidas.

Modo de empleo:

Para su aplicación requiere que el médico determine la medida adecuada a la vagina de la usuaria.

Se introduce y ajusta en la vagina cubriendo el cuello uterino para evitar el acceso de los espermatozoides a la cavidad uterina.

El diafragma debe utilizarse siempre con una espermaticida (jalea o espuma) que ayuda destruyendo a los espermatozoides en la vagina. Debe permanecer en su lugar por lo menos 6 horas después del contacto sexual, evitando las duchas vaginales; si en este período ocurren varios coitos, en cada ocasión deberá aplicarse nuevamente el espermaticida.

Aunque el contacto sexual no se lleve a cabo, el diafragma puede permanecer colocado sin peligro entre 24 y 36 horas. Sin embargo, después de este tiempo, es necesario sacarlo y salvarlo.

Ventajas:

- No interfiere en el contacto sexual.
- Puede dejarse de 24 a 36 horas en la vagina.

Desventajas:

- Requiere de entrenamiento para su uso.
- No se puede obtener sin receta médica.

Efectividad:

Es un método eficaz en un 80 a 97% cuando se usa adecuadamente.

Nota: El diafragma no se encuentra disponible en nuestras instituciones de salud.

9.6.3 ESPERMATICIDAS

Son sustancias químicas que se colocan en la vagina antes del coito de dos maneras: primero, forman una barrera para dificultar la entrada de los espermatozoides a la matriz; segundo, cuando los espermatozoides entran en contacto con las sustancias químicas se neutralizan y mueren.

Existen varios tipos de espermaticidas: jaleas, espumas y óvulos vaginales; describiremos los que se pueden obtener fácilmente.

a) Espumas:

Es un producto químico envasado bajo presión en una lata o botella con gas inerte, que al ser liberado produce una espuma espesa que se coloca en un aplicador tipo jeringa.

Modo de empleo:

El aplicador con la espuma se coloca en la vagina profundamente 5 minutos antes de la relación sexual.

Una vez colocada, la mujer deberá acostarse para evitar que se escurra la espuma. No deben realizarse lavados vaginales hasta que pasen 6 u 8 horas después de la relación, porque el mismo lavado puede arrastrar la espuma dejando paso a los espermatozoides.

Si después de una hora vuelve a haber relaciones sexuales se deberá aplicar el producto nuevamente.

Ventajas:

- De fácil aplicación.
- De bajo costo.
- Sin efectos tóxicos.
- Su aplicación puede formar parte del juego amoroso.
- No requiere receta médica.

Desventajas:

- En raros casos causa irritación local de los genitales.

Efectividad:

Es un método eficaz en un 70 a 90% cuando se usa adecuadamente. En combinación con el uso de preservativo, da un índice mayor de seguridad de 90 a 97%.

b)Óvulos Vaginales:

Son productos químicos de consistencia cerosa y sólida que se derriten rápidamente a la temperatura del cuerpo, al ser introducidos en la vagina.

Modo de empleo:

Debe introducirse profundamente en la vagina 15 minutos antes de la relación sexual para que se disuelva.

Ventajas:

- De fácil aplicación.
- De bajo costo.
- Su introducción puede formar parte del juego amoroso.
- No requiere receta médica.

Desventajas:

- En raros casos causa irritación local de los genitales.

Efectividad:

Es un método eficaz en un 70 a 90% cuando se usa adecuadamente. En combinación con el uso de preservativo da un índice mayor de seguridad de 90 a 97%.

9.7 MÉTODOS HORMONALES

Los métodos hormonales son preparaciones elaboradas a base de hormonas sintéticas que, administradas regularmente por vía oral o intramuscular, son capaces de modificar y bloquear la función reproductiva en forma temporal.

Su mecanismo de acción consiste principalmente en actuar sobre algunas hormonas para inhibir la ovulación; también modifican la consistencia del moco cervical formándolo más espeso de modo que actúa como barrera para impedir el paso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina, asimismo producen cambios en las características del endometrio de tal manera que obstaculiza la nidación del huevo.

Actualmente existe una gran variedad de anticonceptivos hormonales que tienen como base estrógenos y progestágenos, los cuales pueden administrarse por vía oral o intramuscular.

9.7.1 HORMONALES ORALES

Pueden presentarse en forma de píldora o pastillas para 21 o 28 días.

Modo de empleo:

La usuaria debe empezar a tomar las pastillas en el quinto día contando a partir del primer día de sangrado menstrual, en el caso del paquete con 21 pastillas se tomará una cada día y al terminarlo descansará 7 días (en los cuales ocurrirá la menstruación), e iniciará un nuevo paquete al octavo día. Si el paquete es de 28, se tomarán diariamente sin interrupción y se iniciará un nuevo paquete al finalizar el anterior.

En el caso de olvido de una pastilla se recomienda tomársela en la mañana siguiente o tan pronto como lo recuerde, sin suspender la correspondiente a ese

día. Si el olvido es de 2 o más pastillas se continúa normalmente hasta terminar el paquete pero utilizando además algún método local.

Ventajas:

- Son de bajo costo.
- Son fáciles de usar.
- No interfiere durante la relación sexual.
- Regulariza el ciclo menstrual.
- Reduce el síndrome de tensión premenstrual.

Desventajas:

- Puede provocar molestias temporales al inicio de su uso, como dolor de cabeza, náuseas o vómito.
- Puede provocar: aumento de peso, manchas en la cara, sangrado intermenstrual y tensión emocional.
- Su uso requiere receta y control médico.
- Olvidar tomarlas.
- No todas las personas pueden utilizarlas.

Contraindicaciones:

Este método está contraindicado en mujeres que presenten alguno de los siguientes padecimientos:

- Trastornos vasculares (várices).
- Enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades del hígado.
- Enfermedades cancerígenas.
- Diabetes.
- Hipertensión arterial.
- Epilepsia.
- Asma.

También está contraindicado en el periodo de lactancia.

9.7.2 HORMONALES INYECTABLES

Son sustancias que se administran a través de inyecciones intramusculares y que se presentan en ampolletas cuya efectividad dura uno, dos o tres meses.

Modo de empleo:

La primera dosis debe aplicarse dentro de los primeros 5 días de iniciada la menstruación; las dosis subsecuentes se aplicarán cada 30, 60 o 90 días de acuerdo a lo prescrito por el médico.

Para alcanzar una máxima protección, durante las 2 primeras semanas deberá utilizarse algún método local.

Ventajas:

- Las mismas que en los hormonales orales.

Desventajas:

- Su uso requiere receta y control médico.

- Una vez suspendidas las inyecciones la capacidad para embarazarse se recupera más lentamente que con los hormonales orales.

- Los períodos menstruales son más prolongados.

- El sangrado menstrual se puede aumentar por un período de 2 a 3 meses después de suspender las inyecciones.

- Presenta molestias temporales similares a las de los hormonales orales.

- No todas las personas pueden utilizarlos.

Contraindicaciones:

Este método presenta las mismas contraindicaciones que los hormonales orales.

Efectividad:

Los métodos hormonales (orales o inyectables) presentan un 99% de efectividad siempre que sean utilizados adecuadamente.

9.8 DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

El DIU es un aparato de plástico y cobre que se coloca dentro del útero. Su presentación varía en cuanto a forma y tamaño, los dispositivos más utilizados en nuestro país son la "T" de cobre, el "7" de cobre y el Asa de Lipps.

Modo de empleo:

El DIU debe ser insertado dentro del útero por un médico, enfermera u otra persona entrenada para ello.

Se debe aplicar durante el período menstrual, después de un parto o un aborto siempre y cuando no hayan existido complicaciones; cuando se trata de cesárea, se recomienda dejar pasar un período de 6 a 8 semanas al criterio del médico.

La razón por la cual se aconseja insertar el DIU durante el período menstrual, es que el canal cervical se encuentra más permeable que en cualquier otro momento durante el ciclo.

Una vez colocado el DIU se debe acudir a revisiones semiperiódicas a los 45 días, 6 meses y 1 año.

El mecanismo exacto por el cual el DIU evita el embarazo permanece desconocido. Se piensa que en el útero humano, como un cuerpo extraño, provoca una reacción inflamatoria que podría absorber o consumir al espermatozoide o al huevo; así como constituir un medio inadecuado para la nidación. También provoca un aumento en los movimientos de las vellosidades de las trompas uterinas, siendo más rápido el transporte del óvulo al útero. De esta manera el tiempo durante el cual el óvulo está expuesto para ser fecundado disminuye y además en caso de que fuera fecundado el óvulo, el huevo al llegar al endometrio no encontrará las condiciones adecuadas para la nidación.

Ventajas:

- No presenta toxicidad.

- No afecta la fertilidad posterior a su extracción.
- No afecta la lactancia.
- Su efecto es de largo plazo.
- No interfiere durante la relación sexual.
- Es de fácil colocación por personal previamente adiestrado.

Desventajas:

- Provoca mayor cantidad de sangrado durante la menstruación.
- En los primeros meses puede provocar sangrado intermenstrual.
- En algunas mujeres aumenta el flujo vaginal.
- Provoca ligero dolor en el abdomen.

Contraindicaciones:

Este método esta contraindicado en mujeres que presenten alguno de los siguientes padecimientos:

- Inflamación pélvica.
- Hemorragias intensas.
- Sangrado intermenstrual.
- Cáncer o tumores uterinos.
- Malformaciones del útero.
- Enfermedad cardíaca.
- Incapacidad fisiológica de la mujer para retenerlo.
- Cuello uterino estrecho.
- Anemia severa.
- Alteraciones de la coagulación.

Efectividad:

Este método presenta de un 98 a 99% de efectividad.

Se analizan a continuación los métodos **PERMANENTES**.

9.9 VASECTOMÍA

Es un procedimiento quirúrgico sencillo en el que se seccionan los conductos deferentes, para impedir el paso de los espermatozoides; de esta manera el líquido eyaculado no es capaz de fecundar.

Indicaciones:

Debido a que la vasectomía es fundamentalmente irreversible, éste método debe ser utilizado cuando la pareja ha satisfecho el número de hijos que desea tener.

Se recomienda también cuando un nuevo embarazo pone en peligro la vida de la madre; cuando la mujer ha rebasado los 35 años, debido a una mayor probabilidad de embarazo de alto riesgo y de malformaciones congénitas del niño.

Ventajas:

- Mayor tranquilidad al realizar el contacto sexual.
- No afecta de ninguna manera la salud, fuerza o masculinidad del hombre.
- La operación es simple e inofensiva.
- Evita con mayor seguridad tener hijos no deseados.

Desventajas:

- Es recomendable usar un método temporal durante las primeras 15 eyaculaciones después de la operación, hasta que el examen del líquido eyaculado resulte negativo.

9.10 OCLUSIÓN TUBARIA O SALPINGOCLASIA

Es un procedimiento quirúrgico que consiste en seccionar y ligar las trompas uterinas para impedir el paso del óvulo hacia el útero; al quedar obstruido el paso, óvulo y espermatozoide no se pueden poner en contacto y no hay posibilidad de fecundación.

Indicaciones:

Debido a que la oclusión tubaria (como la vasectomía), es fundamentalmente irreversible, debe ser utilizada cuando la pareja ha satisfecho el número de hijos que desea tener.

Se recomienda también cuando un nuevo embarazo pone en peligro la vida de la madre, cuando la mujer ha rebasado los 35 años, debido a una mayor probabilidad de embarazo de alto riesgo y malformaciones congénitas del niño.

Ventajas:

- Mayor tranquilidad al realizar el contacto sexual.
- Evita con mayor seguridad tener hijos no deseados.
- No afecta la fecundidad.

Desventajas:

- Molestias posteriores a la cirugía que retrasan la incorporación inmediata a las actividades cotidianas.

CAPITULO DÉCIMO
10. PROMOCIÓN SOCIAL Y COMUNICACIÓN EN
PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Se explica el proceso para difundir el mejoramiento de la comunidad por medio de procesos, metodologías, su organización, labor de educación social, promotores voluntarios, se investiga a la comunidad. Se hace énfasis en el apoyo que debe brindar la autoridad en salud para la planificación familiar.

El hablar de promoción social, nos crea la necesidad de tratarlo no de forma aislada, sino como parte de un proceso dentro del trabajo que se realiza en una comunidad.

Al proceso autónomo, que vinculado a su realidad social impulsa a los habitantes de un espacio social diferenciado a promover por sí mismos el mejoramiento de sus condiciones de vida, se denomina Desarrollo de la Comunidad.

10.1 PROCESOS METODOLÓGICOS

Uno de los procesos metodológicos que se utilizan en el desarrollo de comunidad, consta de las siguientes etapas: de investigación, de organización y de ejecución de acciones.

Es importante aclarar que con fines didácticos se presentan las etapas en forma separada, en la práctica de cada una de ellas se interrelacionan y retroalimentan entre sí.

La fase de investigación pretende conocer de manera general:

- Antecedentes Históricos de la Comunidad.
- Situación Económica.
 - a) Fuentes de ingreso.
 - b) Ocupación de la población.
 - c) Tipo de comunidad.
- Aspecto político.
 - a) Tipo de estructuras políticas.
- Aspecto social.

- a) Educación.
- b) Salud.
- c) Religión.
- d) Grupos organizados.
- e) Líderes, etc.

El establecer comunicación con líderes, autoridades y habitantes de la comunidad, permitirá lograr una identificación entre promotor y habitantes, lo cual será de beneficio en la realización conjunta de acciones planeadas por ambos.

Otro aspecto importante de la investigación, radica en detectar los problemas que se presentan en la comunidad, con el objeto de jerarquizarlos para la realización de acciones concretas.

10.2 ORGANIZACIÓN

La etapa de organización está encaminada a lograr la participación consciente de las personas para la resolución de los problemas detectados en la comunidad, a través de motivar a la población en acciones concretas a realizar, es aquí donde podemos ubicar a la promoción social.

Una vez ubicada la promoción social en un proceso científico de conocimiento y dado que, para la promoción es necesario tomar en cuenta las necesidades reales y sentidas por la comunidad, que se refieren a los problemas comunales que la población ve como importantes, trataremos de definir a la promoción social como:

Una labor de educación social, que parte tanto de un conocimiento profundo de la realidad a quién va dirigida, como de la estrecha comunicación con ellos, que nos hace captar su problemática para emprender un proceso de organización y participación que favorezca el desarrollo de acciones concretas.

Podemos encontrar dos tipos de promotores, uno el que surge de la propia comunidad, y otro, que es ajeno a ella.

En el primer caso, el promotor comparte con los miembros de la comunidad sus creencias, valores, educación y el sentir de sus necesidades, esto permite que la comunicación entre ambos responda a un esquema de significación común, es decir, se habla el mismo lenguaje.

En el segundo caso, es papel del promotor comunicarse de tal manera, que lo que quiera decir corresponda a lo que la comunidad entiende de lo que dice, así como captar el sentido y ubicación de los mensajes y sentir de la comunidad.

Una necesidad sentida en la comunidad puede o no responder al esquema de necesidades que el promotor visualiza en ella. La síntesis de tales necesidades unidas a las necesidades que el promotor perciba en la comunidad, es la pauta que le dará al promotor posibilidades de establecer una comunicación y estrategias concretas en su labor.

La finalidad de la promoción en las comunidades es lograr la organización y la participación en acciones concretas para lo cual se interesa, motiva y sensibiliza a la población, haciendo conciencia de la problemática existente.

Aunque no siempre se cuenta con los recursos y el tiempo necesario para realizar una investigación general sobre las condiciones y necesidades de la comunidad, si es necesario recalcar la importancia de conocer, sobre todo en materia de salud, las necesidades de la comunidad para asegurar que la promoción sea acorde con ellas.

En planificación familiar, por ejemplo, sería importante conocer los siguiente aspectos de la comunidad de manera general:

- Número de integrantes por familia.
- Estado de Salud.
- Actividad económica.

- Grado de educación.
- Ocupación.
- Instituciones de Salud, etc.

A través de la investigación se proporcionan elementos necesarios para apoyar los mecanismos de acción y crear condiciones objetivas que permitan llegar a la organización, cuanto más rica sea la información obtenida, se tendrán más elementos de interés y motivación a la población.

Las técnicas que se utilizan en investigación son: la observación, las entrevistas informales y estudios preliminares que se hayan realizado en la comunidad.

Una vez realizada la investigación, se puede sensibilizar y motivar a la persona, dándoles a conocer los problemas existentes a fin de que la población tome conciencia de sus necesidades y se propicie así su participación en la solución de los mismos.

Cabe mencionar que la estrategia de promoción depende de muchos factores y circunstancias tales como:

- El apoyo que las autoridades brinden al promotor.
- La participación o no de los grupos en acciones propuestas.
- La elaboración de materiales de acuerdo a la realidad socio cultural, etc.

A continuación se describen una serie de técnicas, actividades y materiales auxiliares para promoción.

10.3 LABOR EDUCACIONAL

Entrevista:

Es una técnica de comunicación que involucra dos o más personas cuyo objetivo es dar y recibir información propiciando el interés de las personas en las actividades a realizar. Es necesario tener claro el objetivo de la entrevista, utilizar un lenguaje claro y comprensible, escuchar con interés tratando de no distorsionar la información.

Visita Domiciliaria:

Es la actividad en la que el promotor visita el domicilio de las personas a las que desea interesar en las acciones a realizar. Esta es una de las actividades que permite más el conocimiento y acercamiento del promotor con los habitantes por encontrarse en el lugar.

Pláticas:

Las pláticas son una posibilidad del promotor de tener contacto con la comunidad ya sea a nivel interpersonal o grupal debe presentarse como una respuesta a una necesidad existente en el auditorio, para lo que se buscará el tema que trate una situación común entre los oyentes.

Existen algunos aspectos previos en la realización de una plática, tales como:

- Establecer el objetivo de la plática.
- Determinar la duración de la misma.
- Elaborar el contenido.
- Estructurar el material de apoyo para mantener el interés del grupo y,
- Evaluar la plática.

Entre los principales materiales de apoyo para la promoción encontramos a folletos, volantes, teatro guiñol, perifoneo, carteles, etc.

El folleto es un mensaje impreso, práctico en cuanto a tamaño y reducida extensión, cuya finalidad consiste en informar en forma breve asuntos referentes a la planificación familiar.

El volante se imprime generalmente en una hoja tamaño media carta, encaminado a captar la atención para brindar una información directa y precisa.

El cartel es un mensaje concreto, breve y conciso que se presenta total o casi totalmente ilustrado, impreso en una cartulina, cuya finalidad es la de ser entendido y notado a cierta distancia colocándose en lugares donde puede ser observado al paso por muchas personas.

En la actualidad, es importante hacer notar el beneficio que reporta a cualquier programa de salud, el que esté acompañado de acciones promocionales permanentes en el desarrollo de la comunidad.

CAPITULO DÉCIMO PRIMERO
11. ENCUESTA PILOTO DEL ANÁLISIS DE LOS
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MÉXICO.

Este capítulo es el más importante de este trabajo ya que aquí desarrollé un cuestionario sobre el uso de los métodos. En la Cruz Roja Mexicana estuve impartiendo conferencias sobre paternidad responsable y planificación familiar. A partir de la experiencia que me proporcionaron dichas conferencias surgió el tema del presente trabajo, mismo que se titula "Análisis de los Métodos Anticonceptivos en México".

El cuestionario que se aplicó consta de 35 preguntas, mismas que se diseñaron de acuerdo a la investigación de campo que tuve oportunidad de realizar mientras impartía las pláticas antes mencionadas. Se observó que el programa de paternidad responsable no ha dado los resultados deseados. Uno de los principales problemas que se investigó es la falta de conocimiento de los métodos anticonceptivos en la población femenina de escasos recursos.

También se detectó que las mujeres de zonas populosas tienen más confianza de sus problemas con las mujeres: doctoras, sociólogas, enfermeras, damas voluntarias de la Cruz Roja, en fin, se acercan más a los grupos femeninos que a los masculinos aunque sean doctores y en general no hablan con hombres de esto que ellas consideran "cosas de mujeres".

La muestra constó de 48 mujeres. El tamaño de la muestra obedeció al presupuesto que se tenía para realizar el trabajo.

11.1 ANÁLISIS DE LAS PREGUNTAS MÁS RELEVANTES

Los datos numéricos fueron analizados por medio del programa estadístico SPSS/PC+, los cuales proporcionaron las estadísticas descriptivas de cada una de las 35 preguntas de que consta el cuestionario (ver Anexo 1).

Análisis del Cuestionario (ver anexos 2 y 3)

Pregunta 1: ¿Ha escuchado hablar sobre la Planificación familiar?

Esta variable mide la influencia de los medios de comunicación en el conocimiento de los métodos anticonceptivos.

	Tabla de Frecuencias	%
Si	46	95.83
No	2	4.16

Pregunta 2: ¿Qué es lo que ha escuchado sobre la Planificación Familiar?

La mayor parte de la muestra respondió que conocían los métodos anticonceptivos. Una de las encuestadas no respondió y otras dos se manifestaron en contra de los métodos.

	Tabla de Frecuencias	%
Conoce los métodos	45	93.83
Está en contra	2	4.16
No respondió	1	2.08

Pregunta 4: ¿Cuántos hijos considera que es mejor que una mujer tenga?

Esta variable mide el número de hijos que una mujer cree que es mejor tener. El 64.88% de ellas creen que es mejor tener de uno a dos hijos.

	Tabla de Frecuencias	%
Uno	6	12.50
Dos	25	52.08
Tres	11	22.91
Cuatro	5	10.41

Pregunta 5: ¿Con cuántos hijos una familia es pequeña?

La mayor parte de las mujeres respondieron que con menos de dos hijos una familia es pequeña. (79.16%)

	Tabla de Frecuencias	%
Uno	11	22.91
Dos	27	56.25
Tres	8	16.66
Cuatro	2	4.16

Pregunta 6: ¿Por qué es bueno tener una familia chica?

En esta variable se mide el nivel de satisfacción que tienen una mujer al tener una familia chica, frente a la posibilidad de tener una grande.

	Tabla de Frecuencias	%
Porque se vive mejor	47	97.91
Esta en contra	1	2.08

Pregunta 7: ¿Por qué es malo tener una familia chica?

En esta variable se busca encontrar una causa por la cual las mujeres no quieran tener una familia pequeña. Por otra parte las respuestas en esta variable son muy importantes: Las encuestadas expresaron la necesidad biológica del ser humano de reproducirse, de compañía, y de temor a la soledad. También saben que la familia pequeña da individuos egoistas, hay temor de muerte de los niños y también saben que la carencia de hijos produce falta de alegría en el hogar. Algunas de las encuestadas respondieron que en la primera unión tuvieron dos hijos, y en la segunda unión también tuvieron dos hijos porque el compañero así lo deseaba. Algunas de las mujeres respondieron que el tener pocos hijos repercute en la economía familiar. Otro grupo de mujeres se mostraron influenciadas por la religión y por lo tanto en contra de la familia pequeña.

	Tabla de Frecuencias	%
No hay nada malo	24	50.00
Falta compañía	10	20.83
No contestó	14	29.17

Pregunta 8: ¿Con más de cuántos hijos una familia es grande?

Los resultados de esta variable son muy importantes pues tres cuartas partes de las encuestadas coincidieron en que más de cinco hijos hacen una familia es grande.

	Tabla de Frecuencias	%
Dos	3	6.25
Tres	3	6.25
Cuatro	6	12.50
Cinco	13	27.08
Seis	8	16.66
Siete	1	2.08
Ocho	1	2.08
Nueve	1	2.08
Diez	6	12.50
Doce	5	10.41
Quince	1	2.08

Pregunta 9: ¿Por qué es bueno tener una familia grande?

El ingreso de la mujer a la fuerza de trabajo la obliga a no desear muchos hijos ya que saben y viven el exceso de trabajo dentro y fuera del hogar el problema es económico y social. Los divorcios, el abandono económico por parte del hombre y su irresponsabilidad, la falta de ayuda a la mujer y a los hijos son determinantes para que se niegue la mujer a tener muchos hijos. La familia numerosa mexicana es conflictiva, es violenta, tiene graves carencias económicas y afectivas, esto lo sabe la mujer y son mas factores que la determinan a tener pocos hijos.

	Tabla de Frecuencias	%
No es bueno	21	43.75
Mejor economía y compañía	14	29.16
No respondieron	13	27.08

Pregunta 10: ¿Por qué es malo tener una familia grande?

En esta variable la respuesta nos lleva a estos puntos: el problema económico, problema de atención a muchos hijos y el temor a que no tengan dinero las mujeres para que estudien todos sus hijos.

	Tabla de Frecuencias	%
Cuestión económica	43	89.58
No es malo	1	2.08
No respondieron	4	8.33

Pregunta 11: ¿Que le gusta mas a usted, una familia chica o una familia grande?

La respuesta a esta variable nos da mas información de las variables por las que las mujeres prefieren una familia pequeña: hay bastantes mujeres divorciadas, demasiadas madres solteras, algunas abandonadas y el grupo que se denomina la "casa chica". Informaron estas mujeres que tanto ellas como los hijos sufren por la ausencia del padre.

	Tabla de Frecuencias	%
Familia Chica	44	91.66
Familia Grande	3	6.25
No respondieron	1	2.08

Pregunta 12: ¿Ha escuchado hablar de los anticonceptivos?

Las mujeres respondieron que están informadas para no quedar embarazadas.

	Tabla de Frecuencias	%
Si	47	97.91
No	1	2.08

Pregunta 16: ¿Alguna vez han hecho Ud. o su pareja algo para no tener hijos?

En esta gráfica los datos nos muestran que las mujeres en un alto porcentaje han evitado tener hijos, un grupo pequeño no contestó, y un grupo significativo

de mujeres no tiene pareja. Al platicar con las mujeres comentaron que después de los 40 años por diversas causas suspenden sus relaciones sexuales.

	Tabla de Frecuencias	%
Si	36	75.00
No tiene pareja	10	20.83
No contestó	2	4.16

Pregunta 17: ¿Actualmente Ud. o su pareja hacen algo para no tener hijos?

En esta gráfica se observa que mas de la mitad de las mujeres si controlan la natalidad, un grupo significativo no tiene pareja y ellas platicaron no practicar ningún método anticonceptivo. Un grupo chico conscientemente no desea controlar su fertilidad y una pocas mujeres no contestaron.

	Tabla de Frecuencias	%
Si	16	33.33
No	5	10.41
No tiene pareja	10	20.83
Si, operada	15	31.25
No contesto	2	4.16

Pregunta 18: ¿Qué hacen Ud. o su pareja para no tener hijos?

En esta gráfica se observa que la mayor parte de mujeres han utilizado los métodos anticonceptivos. Nuevamente es significativo el grupo que no tiene pareja y comentaron no practicar ningún método anticonceptivo. Un grupo pequeño no contestó.

	Tabla de Frecuencias	%
No tiene pareja	10	20.83
Operadas	13	27.08
Vasectomía	1	2.08
Nada, desea hijos	1	2.08

Pastillas	3	6.25
Inyecciones	2	4.16
Diu	7	14.58
Ritmo	1	2.08
Condón	2	4.16
Óvulos	3	6.25
No contesto	6	12.50

Pregunta 19: ¿Dónde consiguió el método más efectivo?

En esta gráfica 13 mujeres respondieron estar operadas, que es método definitivo, y obtuvieron la mayor parte la operación en hospitales del gobierno, y algunas en hospital privado. Los demás métodos temporales en la gráfica se muestra que obtienen el método tanto en hospitales gubernamentales como privados, así como en farmacias.

El grupo que no tiene pareja no practica ningún método.

	Tabla de Frecuencias	%
No tiene pareja	15	31.25
Condón Farmacia	1	2.08
Condón centro comerc.	1	2.08
Condón IMSS	1	2.08
Pastilla Farmacia	2	4.16
Pastilla IMSS	1	2.08
Ritmo	2	4.16
Inyecciones Farmacia	2	4.16
Diu no específico	1	2.08
Diu IMSS	2	4.16
Diu hospital privado	3	6.25
Diu SSA	2	4.16

Operación ISSSTE	1	2.08
Operación IMSS	7	14.58
Operación SSA	4	8.33
Operación no específico	1	2.08

Pregunta 20: ¿Desde cuando usa el método mas efectivo?

Como se puede observar en las respuestas de esta gráfica, desde 1969 hasta 1990 sus respuestas fueron muy claras, aunque una vez mas es muy importante observar el número de mujeres que no respondieron y el número de mujeres que no tienen pareja, ya que estos dos grupos no usan algún método.

	Tabla de Frecuencias	%
1969	1	2.08
1977	1	2.08
1979	4	8.33
1982	3	6.25
1983-1986	3	6.25
1987	2	4.16
1988	2	4.16
1989	8	16.66
1990	2	4.16
Sin Pareja	12	25.00
No respondió	10	20.83

Pregunta 21: ¿Qué fue lo último que hicieron Ud. y su pareja para no tener hijos?

En esta gráfica las encuestadas respondieron la mayoría el método que usan. Las que no contestaron informaron que no usan método en su gran mayoría por no tener pareja, otras porque desean quedar embarazadas y muy pocas porque están en contra de la planificación familiar.

	Tabla de Frecuencias	%
Pastilla	2	4.16
Diu	8	16.66
Inyecciones	4	8.33
Operada	14	29.16
Condón	1	2.08
Ritmo	1	2.08
Retiro	1	2.08
Vasectomía	1	2.08
No contesto	14	29.16

Pregunta 35: ¿Si Ud. pudiera escoger el no. de hijos para tener en toda su vida, cuántos tendría?

En esta gráfica las cifras nos arrojan una fuerte influencia de los medios de comunicación que durante dos décadas han influido en la población femenina. La frase "La familia pequeña vive mejor" ha quedado en la mente de las mujeres. Se observa en la gráfica que el 70.83% sólo desean tener de dos a tres hijos. Este resultado es muy importante porque nos muestra que la mujer es consciente del problema económico y familiar que representa no controlar su fertilidad. Pero al mismo tiempo se observó que al tener la mujer varias uniones tanto por presión del compañero como por propia decisión vuelven a tener mas hijos después de la primera unión y entonces ya los resultados no son satisfactorios.

	Tabla de Frecuencias	%
Uno	3	6.25
Dos	20	41.66
Tres	14	29.16
Cuatro	3	6.25

Seis	2	4.16
Diez	1	2.08
No especifica	5	10.41

CONCLUSIONES

La Planificación Familiar se ha definido como el derecho de todas las personas a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. De esta manera las decisiones respecto a fecundidad deben llevarse a cabo con pleno conocimiento de causa, sobre la base de la más amplia educación posible al respecto, y sólo se pueden materializar si se tiene acceso a los diferentes medios de regulación de la fecundidad.

El ámbito en el cual se deben analizar a la planificación familiar es muy amplio, incluye no sólo lo demográfico, sino también lo social; conforme esta práctica se extiende más en la población y alcanza también al de las ciencias del comportamiento humano.

A partir y como consecuencia de la Ley General de Población se extendió notablemente el uso de anticonceptivos. Se estima que en 1973 existían aproximadamente 900 000 usuarias de estos métodos modernos, las cuales representaban el 12% del total de mujeres unidas en edad fértil. Si se incluyen además prácticas como el ritmo y el retiro, su cobertura era de 30% en 1976 y 47% en 1982. En 1987, el 53% de las parejas, 7 millones, utilizaban algún método para regular su fecundidad.

En 1973, el 70% de las usuarias de anticonceptivos dependía del sector comercial; en 1982 el 53.4% ya había obtenido el método en una institución gubernamental, y en 1987 el 61.8%. En este último año, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) atendía al 37% de las usuarias; la Secretaría de Salud (SSA), al 14.5%; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), al 5.1% y otras instituciones gubernamentales, al 4.5%. Por otra parte, el 21.3% de las usuarias acudían directamente a las farmacias y el 15.2%, a consultorios privados.

El desarrollo de las ciencias médicas, en el área de la reproducción humana, ha permitido que la población tenga acceso a diferentes formas de regulación de la fecundidad. Sin embargo, el uso o práctica de todas ellas conlleva un costo: económico, de acceso social, psicológico o incluso físico. De este modo, la selección de un método anticonceptivo no es una tarea sencilla, se relaciona con las características sociales, demográficas, de salud y culturales de las parejas así como con la influencia que las instituciones ejercen en esta decisión. Hasta 1982, los métodos populares entre la población mexicana eran aquellos que contenían hormonas, principalmente las pastillas.

En la actualidad el método más utilizado por las usuarias es la operación femenina, 35.5%. Los siguientes métodos más utilizados son el dispositivo intrauterino y las pastillas, el 19.8% y el 18.3% respectivamente. Llama la atención el hecho que, después de los tres métodos mencionados, los tradicionales, ritmo y retiro, son los más utilizados, 15.1% de las usuarias. Se podría afirmar que sus bajos efectos colaterales hacen que las parejas los prefieran a pesar de su menor efectividad.

Para 1987, el 18.8% de todas las mujeres mexicanas en edad fértil, unidas, han optado por la oclusión tubaria como método anticonceptivo. La magnitud de este fenómeno, 2.5 millones de mujeres, obliga a profundizar en el análisis de las posibles causas que llevan a la adopción de este método: el deseo de las parejas de aumentar el tamaño de su familia disminuye de manera importante conforme aumenta la edad y la paridad de la mujer, de ahí que la selección de un método anticonceptivo se vincule estrechamente con esas variables, y en especial el uso de la operación femenina se ha incrementado debido a grupos de edad que se encuentran casi al extremo del período fértil 35-39 y 40-44, alrededor de la tercera parte de las mujeres unidas estaban operadas y en el grupo 30-34 la cuarta parte.

En niveles menores, el 12.6% y el 3.3% de las mujeres unidas, de los grupos de edad 25-29 y 20-24 respectivamente, han decidido limitar de manera definitiva el tamaño de sus familias. Por otro lado, casi el 30% de las mujeres unidas con 3 o más hijos nacidos vivos han optado por dicha operación y el 7.8% de aquellas con 1 o 2 hijos.

No se observan diferencias importantes, en cuanto a la preferencia de los métodos quirúrgicos, de acuerdo con el tamaño de la localidad en donde se reside: los porcentajes del total de usuarias son de alrededor del 35%, tanto en áreas rurales como urbanas y áreas metropolitanas. La proporción de usuarias de métodos quirúrgicos disminuye conforme aumenta la escolaridad: 46.4% de las usuarias sin escolaridad a 23.9% en aquellas con secundaria o más. Esto parece contradecir la hipótesis de que la motivación para regular la fecundidad es mayor conforme aumenta el nivel de educación.

Si las variables que se relacionan con el nivel socioeconómico de la población no ejercen una influencia determinante en la selección de este método, es posible plantear la existencia de una intermediación institucional entre las decisiones individuales y el nivel macrosocial que afecta las decisiones individuales.

Si se analizan las instituciones en donde fueron operadas las mujeres, se observa que casi el 60% corresponde al IMSS; es decir, la infraestructura y políticas de dicha institución promueven el uso de métodos definitivos.

La persistencia de diferencias en el nivel de uso de anticonceptivos de acuerdo a la educación, la incorporación de la mujer a la actividad económica y el tamaño del lugar donde las parejas residen, permiten afirmar que no es sólo el acceso a los diferentes métodos anticonceptivos lo que motiva a una pareja a tener menos hijos y en consecuencia, a adoptar alguno de los medios de regulación de la fecundidad, sino que estos diferentes atributos intervienen

también en el proceso de toma de decisiones. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres unidas sin escolaridad que utilizan algún método anticonceptivo es del 23.5%, mientras que el de aquellas mujeres que por lo menos completaron un año de secundaria es de casi el 70%.

Por otro lado, la práctica anticonceptiva no se ha dado de manera homogénea en el país. En sus inicios se dio sólo en los centros urbanos. En la actualidad, se observa un aumento importante en áreas rurales: 37.6% de las mujeres unidas que habitan en localidades de menos de 2500 habitantes lo usan, aunque se mantiene una diferencia importante con respecto a la cobertura de las áreas urbanas metropolitanas más grandes del país: Guadalajara, Monterrey y Ciudad de México (con áreas circundantes).

Reproducirse es y seguirá siendo uno de los actos de mayor trascendencia en la vida de un ser humano. Sin embargo, existe en la actualidad una mayor motivación de la población para reducir el número de hijos que potencialmente se pueden tener.

El aumento en el uso de anticonceptivos fue menor en el pasado reciente de lo que fue en el periodo 1976-1982; por otro lado, un porcentaje importante, 20% de las mujeres unidas, no desean tener más hijos, pero no se han incorporado aún a estas prácticas.

Todo esto hace prever que en el futuro se seguirán produciendo cambios, pero que éstos ocurrirán a ritmos más lentos, ya que significan la incorporación de segmentos de la población donde aún existen barreras de origen geográfico, cultural y social, que impiden la valoración positiva de los diferentes medios de regulación de la fecundidad.

En las últimas décadas todas las ciudades alcanzadas por el llamado proceso de desarrollo económico, han visto cambiada su vieja estructura por cambios violentos: el más importante es el incremento poblacional, que ha alterado las

formas de vida, las relaciones humanas, la organización social y el ritmo de sus transformaciones.

En el capítulo once, así como en el anexo 3 de gráficas, nos demuestra que un área muy importante de mujeres a pesar de estar informadas de los métodos contraceptivos, no los utilizan por distintas razones. En el mismo anexo se presenta el porcentaje de mujeres que recurren a métodos definitivos principalmente en los hospitales gubernamentales.

Es sorprendente que a pesar de las fuertes campañas de planificación familiar en los medios de comunicación, la población no los utiliza y sigue siendo un grave problema el crecimiento poblacional.

Lo cual nos lleva a proponer más énfasis por parte de las autoridades y a informar intensamente estas campañas de paternidad responsable, ofrecer más alternativas, así como brindar más recursos económicos a los hospitales de salud gratuitos y difundir estos beneficios, ya que entre la población de pocos recursos y sin servicios médicos no llevan a cabo planes de planificación familiar.

Urge una concientización de este problema, que es muy complejo y cuyos avances son lentos y poco eficaces.

Los datos que se utilizan en esta conclusión provienen de tres encuestas nacionales sobre fecundidad: Encuesta Mexicana de Fecundidad 1976, Encuesta Nacional Demográfica 1982 y Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987 e información que proporcionan los laboratorios sobre ventas de anticonceptivos.

ANEXO I

Este es el cuestionario que se aplicó, consta de 35 preguntas, mismas que se diseñaron de acuerdo a la investigación de campo.

Cabe mencionar que la presente investigación debe considerarse como un programa piloto, puesto que el programa definitivo requiere de medios económicos y humanos que no se encuentran al alcance de este trabajo.

CUESTIONARIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Para cada una de las mujeres de 15 a 35 años de edad

Identificación

Localidad:..... Municipio:.....

Colonia:.....

Dirección:.....

Nombre de la calle y No. de la vivienda

Nombre de la entrevistada:.....

No. del Cuestionario de Hogar:.....

No. de la Columna en el Cuestionario de Hogar:.....

Nombre de la entrevistadora:.....

1. ¿Ha escuchado hablar sobre la Planificación Familiar?

- | | | |
|---------------------------|---|--------------|
| No..... | 1 | PASE PREG. 3 |
| T.V..... | 2 | |
| Radio..... | 3 | |
| Clínica u Hospital..... | 4 | |
| Amigas y/o parientes..... | 5 | |
| Iglesia..... | 6 | |
| Otros (especificar)..... | 9 | |

2. ¿Qué es lo que ha escuchado sobre la Planificación familiar?

.....

3. ¿Qué piensa usted sobre la Planificación familiar?

.....

4. Independientemente del número de hijos que usted tiene, ¿Cuántos hijos considera que es bueno (es mejor) (está bien) que una mujer tenga?

Número de hijos:.....

Los que Dios mande, los que vengan.....

No responde

INSISTA PARA QUE LA ENTREVISTADA LE DIGA UN NUMERO ESPECIFICO, SI LA MUJER CONTESTA "LOS QUE DIOS MANDE" O "LOS QUE VENGAN", PREGUNTE: ¿Cuántos hijos es bueno (es mejor) (está bien) que Dios mande (que vengan)?

5. ¿Con cuántos hijos una familia es chica (pequeña)?

Número de hijos:.....

6. ¿Porqué es bueno tener una familia chica (pequeña)?

.....

7. ¿Porqué es malo tener una familia chica (pequeña)?

.....

8. ¿Con cuántos hijos una familia es grande (numerosa)?

Número de hijos:.....

9. ¿Para qué es bueno tener una familia grande (numerosa)?

.....

10. ¿Porqué es malo tener una familia grande (numerosa)?

.....

11. ¿Qué le gusta más a usted una familia chica (pequeña) o una familia grande (numerosa)?

una familia chica..... 1

una familia grande..... 2

otros (especificar)..... 3

Como usted sabe las mujeres y los hombres pueden usar o hacer algunas cosas para no tener hijos hasta que ellos quieran.

12. ¿Ha oído alguna vez de estas cosas que las mujeres usan o hacen para no quedar embarazadas (encargar hijos) hasta que ellas quieran?

SI..... 1

NO..... 2 PASE PREG. 16

13. ¿Qué es lo que ha escuchado hablar o conocer?

14. ¿Dónde ha escuchado hablar sobre estas cosas?

T.V..... 1

Radio..... 2

Clínica u Hospital..... 3

Amigos o Parientes..... 4

Iglesia..... 5

Farmacia..... 6

Otros (especificar)..... 7

15. ¿Qué cosas (métodos) que usa la pareja para que la mujer no quede embarazada (encargue hijos) conoce usted o ha oído hablar?

Operación femenina..... 1

Vasectomía..... 2

Pastillas..... 3

Inyecciones..... 4

Diu..... 5

Óvulos, Jaleas, Espumas..... 6

Condomes..... 7

Ritmo..... 8

Retiro..... 9

Otros (especifique) aborto..... 10

16. ¿Alguna vez ha hecho usted o su pareja algo para no tener hijos?

SI..... 1

NO..... 2 PASE PREG. 34

N.R..... 3

17. ¿Actualmente usted o su pareja hacen algo para no tener hijos?

SI..... 1

NO..... 2 PASE PREG. 21

N.R..... 3

18. ¿Qué hacen usted o su pareja para no tener hijos?

Operación femenina..... 1

Vasectomía..... 2

Pastillas..... 3

Inyecciones..... 4

Diu..... 5

Óvulos, Jaleas, Espumas..... 6

Condomes..... 7

Ritmo..... 8 PASE PREG. 20

Retiro..... 9 PASE PREG. 20

Otros (especifique) 10 PASE PREG. 20

En caso de que mencione más de un método ANOTE TODOS y en las preguntas siguientes refiérase al más efectivo.

19. ¿Dónde consiguió

(método más efectivo)

o dónde la operaron?

IMSS

Clinica u Hospital..... 1

Clinica IMSS-COPLAMAR.....	2
SSA	
Clinica u Hospital.....	3
Encargados de Comunidad.....	4
ISSSTE.....	5
Partera.....	6
Farmacia.....	7
Clínica u Hospital privado.....	8
Otros (especifique).....	9

20. ¿Desde cuándo usa ?

(método más efectivo)

o cuándo la operaron?

Mes..... Año.....

21. ¿Qué fue lo último que hicieron usted y su pareja para no tener hijos?

Operación femenina..... 1

Vasectomía..... 2

Pastillas..... 3

Inyecciones..... 4

Diu..... 5

Óvulos, Jaleas, Espumas..... 6

Condomes..... 7

Ritmo..... 8 PASE PREG. 23

Retiro..... 9 PASE PREG. 23

Otros (especifique) aborto..... 10 PASE PREG. 23

22. ¿Dónde consiguió por primera vez..... ?

(método más efectivo)

IMSS

Clinica u Hospital..... 1

Clinica IMSS-COPLAMAR..... 2

SSA

Clinica u Hospital..... 3

Encargados de Comunidad..... 4

ISSSTE..... 5

Partera..... 6

Farmacia..... 7

Clinica u Hospital privado..... 8

Otros (especifique)..... 9

23. ¿Cuándo empezó a usar ese método?

Mes..... Año.....

24. ¿Cuándo dejó de usar ese método?

Mes..... Año.....

25. ¿Porqué dejó de usarlo?

Se embarazó..... 1

Quería embarazarse..... 2

Efectos colaterales..... 3

Temor a ellos..... 4

Expulsión del Diu..... 5

Oposición del Marido y/o parientes..... 6

Prefería otro método..... 7

No expuesta (menopausia, ausencia del

marido, divorcio o separación)..... 8

Otros (especifique)..... 9

26. ¿Antes de..... hicieron usted o su pareja alguna otra
(método más efectivo)

cosa para no tener hijos?

SI..... 1 PASE PREG. 28

NO..... 2

N.R..... 9

27. O sea que ¿ésta es la primera vez que hace algo para no tener hijos?

SI..... 1 PASE PREG. 33

NO..... 2 CORRIJA PREG. 26

N.R..... 3

28. ¿Qué hizo antes de.....?

(método más efectivo)

Operación femenina..... 1

Vasectomía..... 2

Pastillas..... 3

Inyecciones..... 4

Diu..... 5

Óvulos, Jaleas, Espumas..... 6

Condomes..... 7

Ritmo..... 8 PASE PREG. 30

Retiro..... 9 PASE PREG. 30

Otros (especifique) aborto..... 10 PASE PREG. 30

29. ¿Dónde lo obtuvo por primera vez?

IMSS

Clínica u Hospital..... 1

Clínica IMSS-COPLAMAR..... 2

SSA

Clinica u Hospital.....	3
Encargados de Comunidad.....	4
ISSSTE.....	5
Partera.....	6
Farmacia.....	7
Clinica u Hospital privado.....	8
Otros (especifique).....	9
30. ¿Cuándo dejó de usar.....?	

(método más efectivo)

Mes..... Año.....

31. ¿Cuándo empezó a usar.....?

(mismo método preg. 26)

32. ¿Porqué dejó de usarlo?

Se embarazó.....	1
Quería embarazarse.....	2
Efectos colaterales.....	3
Temor a ellos.....	4
Expulsión del Diu.....	5
Oposición del Marido y/o parientes.....	6
Prefería otro método.....	7
No expuesta (menopausia, ausencia del marido, divorcio o separación).....	8
Otros (e-specificue).....	9

33. FILTRO: Uso actual de algún método. Ver. preg. 17

SI.....	1	PASE PREG. 35
NO.....	2	PASE PREG. 34

34. ¿Cuál es la razón principal por la que no está haciendo algo para no tener hijos?

.....

35. Si usted pudiera escoger el número de hijos para tener en toda su vida ¿Cuántos tendría?

Número de hijos.....

ANEXO 2

RESULTADOS ESTADISTICOS

A continuación se presentan los resultados del procesamiento de los datos obtenidos para cada una de las 35 preguntas. El programa utilizado fue el SPSS/PC+.

Page 2 SPSS/PC+ 1/1/80

V1 PREGUNTA 1

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO RESPUESTA	0	2	4.2	4.2	4.2
SI HAN ESCUCHADO ALGO	1	46	95.8	95.8	100.0

TOTAL 48 100.0 100.0

Mean	.958	Std Err	.029	Median	1.000
Mode	1.000	Std Dev	.202	Variance	.041
Kurtosis	21.323	S E Kurt	.674	Skewness	-4.737
S E Skew	.343	Range	1.000	Minimum	.000
Maximum	1.000	Sum	46.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 3 SPSS/PC+ 1/1/80

V2 PREGUNTA 2

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO RESPUESTA	0	1	2.1	2.1	2.1
SI HABIA ESCUCHADO CRITICO LOS METODOS	1	45	93.8	93.8	95.8
	2	2	4.2	4.2	100.0

TOTAL 48 100.0 100.0

Mean	1.021	Std Err	.036	Median	1.000
Mode	1.000	Std Dev	.252	Variance	.063
Kurtosis	14.395	S E Kurt	.674	Skewness	1.132
S E Skew	.343	Range	2.000	Minimum	.000
Maximum	2.000	Sum	49.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 4

SPSS/PC+

1/1/80

V3 PREGUNTA 3

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
CONOCE LA PLANIFICACION	1	48	100.0	100.0	100.0
TOTAL		48	100.0	100.0	

Mean	1.000	Std Err	.000	Median	1.000
Mode	1.000	Std Dev	.000	Variance	.000
Range	.000	Minimum	1.000	Maximum	1.000
Sum	48.000				

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 5

SPSS/PC+

1/1/80

V4 PREGUNTA 4

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO RESPUESTA	0	1	2.1	2.1	2.1
PREFIERE 1 HIJO	1	6	12.5	12.5	14.6
PREFIERE 2 HIJOS	2	25	52.1	52.1	66.7
PREFIERE 3 HIJOS	3	11	22.9	22.9	89.6
PREFIERE 4 HIJOS	4	5	10.4	10.4	100.0
TOTAL		48	100.0	100.0	

Mean	2.271	Std Err	.129	Median	2.000
Mode	2.000	Std Dev	.893	Variance	.797
Kurtosis	.227	S E Kurt	.674	Skewness	.174
S E Skew	.343	Range	4.000	Minimum	.000
Maximum	4.000	Sum	109.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 6

SPSS/PC+

1/1/80

V5 PREGUNTA 5

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
1 HIJO	1	11	22.9	22.9	22.9
2 HIJOS	2	27	56.3	56.3	79.2
3 HIJOS	3	8	16.7	16.7	95.8
4 HIJOS	4	2	4.2	4.2	100.0

TOTAL	48	100.0	100.0
--------------	-----------	--------------	--------------

Mean	2.021	Std Err	.109	Median	2.000
Mode	2.000	Std Dev	.758	Variance	.574
Kurtosis	.466	S E Kurt	.674	Skewness	.578
S E Skew	.343	Range	3.000	Minimum	1.000
Maximum	4.000	Sum	97.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 7

SPSS/PC+

1/1/80

V6 PREGUNTA 6

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
SE VIVE MEJOR	1	47	97.9	97.9	97.9
NO ES BUENO	2	1	2.1	2.1	100.0

TOTAL	48	100.0	100.0
--------------	-----------	--------------	--------------

Mean	1.021	Std Err	.021	Median	1.000
Mode	1.000	Std Dev	.144	Variance	.021
Kurtosis	48.000	S E Kurt	.674	Skewness	6.928
S E Skew	.343	Range	1.000	Minimum	1.000
Maximum	2.000	Sum	49.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

V7 PREGUNTA 7

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO RESPUESTA	0	14	29.2	29.2	29.2
SE VIVE MEJOR	1	24	50.0	50.0	79.2
NO ES BUENO	2	10	20.8	20.8	100.0

TOTAL 48 100.0 100.0

Mean	.917	Std Err	.102	Median	1.000
Mode	1.000	Std Dev	.710	Variance	.504
Kurtosis	-.946	S E Kurt	.674	Skewness	.121
S E Skew	.343	Range	2.000	Minimum	.000
Maximum	2.000	Sum	44.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

V8 PREGUNTA 8

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
2 HIJOS	2	3	6.3	6.3	6.3
3 HIJOS	3	3	6.3	6.3	12.5
4 HIJOS	4	6	12.5	12.5	25.0
5 HIJOS	5	13	27.1	27.1	52.1
6 HIJOS	6	8	16.7	16.7	68.8
7 HIJOS	7	1	2.1	2.1	70.8
8 HIJOS	8	1	2.1	2.1	72.9
9 HIJOS	9	1	2.1	2.1	75.0
10 HIJOS	10	6	12.5	12.5	87.5
12 HIJOS	12	5	10.4	10.4	97.9
15 HIJOS	15	1	2.1	2.1	100.0

TOTAL 48 100.0 100.0

Mean	6.479	Std Err	.457	Median	5.000
Mode	5.000	Std Dev	3.169	Variance	10.042
Kurtosis	-.128	S E Kurt	.674	Skewness	.845
S E Skew	.343	Range	13.000	Minimum	2.000
Maximum	15.000	Sum	311.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 11

SPSS/PC+

1/1/80

V9 PREGUNTA 9

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO RESPUESTA	0	13	27.1	27.1	27.1
NO ES BUENO	1	21	43.8	43.8	70.8
MAS ECONOMIA Y COMPAÑIA	2	14	29.2	29.2	100.0
TOTAL		48	100.0	100.0	

Mean	1.021	Std Err	.109	Median	1.000
Mode	1.000	Std Dev	.758	Variance	.574
Kurtosis	-1.221	S E Kurt	.674	Skewness	-.035
S E Skew	.343	Range	2.000	Minimum	.000
Maximum	2.000	Sum	49.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 12

SPSS/PC+

1/1/80

V10 PREGUNTA 10

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO RESPUESTA	0	4	8.3	8.3	8.3
CUESTION ECONOMICA	1	43	89.6	89.6	97.9
NO ES MALO	2	1	2.1	2.1	100.0
TOTAL		48	100.0	100.0	

Mean	.938	Std Err	.046	Median	1.000
Mode	1.000	Std Dev	.320	Variance	.102
Kurtosis	6.863	S E Kurt	.674	Skewness	-1.413
S E Skew	.343	Range	2.000	Minimum	.000
Maximum	2.000	Sum	45.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

V11 PREGUNTA 11

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO RESPUESTA	0	1	2.1	2.1	2.1
FAMILIA CHICA	1	44	91.7	91.7	93.8
FAMILIA GRANDE	2	3	6.3	6.3	100.0

TOTAL	48	100.0	100.0
--------------	-----------	--------------	--------------

Mean	1.042	Std Err	.042	Median	1.000
Mode	1.000	Std Dev	.289	Variance	.083
Kurtosis	9.707	S E Kurt	.674	Skewness	1.391
S E Skew	.343	Range	2.000	Minimum	.000
Maximum	2.000	Sum	50.000		

Valid Cases	48	Missing Cases	0
-------------	----	---------------	---

V12 PREGUNTA 12

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
SI	1	47	97.9	97.9	97.9
NO	2	1	2.1	2.1	100.0

TOTAL	48	100.0	100.0
--------------	-----------	--------------	--------------

Mean	1.021	Std Err	.021	Median	1.000
Mode	1.000	Std Dev	.144	Variance	.021
Kurtosis	48.000	S E Kurt	.674	Skewness	6.928
S E Skew	.343	Range	1.000	Minimum	1.000
Maximum	2.000	Sum	49.000		

Valid Cases	48	Missing Cases	0
-------------	----	---------------	---

Page 15 SPSS/PC+ 1/1/80
 V13 PREGUNTA 13

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO RESPUESTA	0	7	14.6	14.6	14.6
ENTERADAS	1	40	83.3	83.3	97.9
CRITICARON	2	1	2.1	2.1	100.0
TOTAL		48	100.0	100.0	

Mean	.875	Std Err	.057	Median	1.000
Mode	1.000	Std Dev	.393	Variance	.154
Kurtosis	2.605	S E Kurt	.674	Skewness	-1.168
S E Skew	.343	Range	2.000	Minimum	.000
Maximum	2.000	Sum	42.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 16 SPSS/PC+ 1/1/80
 V14 PREGUNTA 14

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO RESPUESTA	0	2	4.2	4.2	4.2
MEDIOS DE COMUNICACION	1	46	95.8	95.8	100.0
TOTAL		48	100.0	100.0	

Mean	.958	Std Err	.029	Median	1.000
Mode	1.000	Std Dev	.202	Variance	.041
Kurtosis	21.323	S E Kurt	.674	Skewness	-4.737
S E Skew	.343	Range	1.000	Minimum	.000
Maximum	1.000	Sum	46.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 17 SPSS/PC+ 1/1/80
 V15 PREGUNTA 15

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO RESPUESTA	0	3	6.3	6.3	6.3
CONOCE METODOS	1	45	93.8	93.8	100.0
TOTAL		48	100.0	100.0	

Mean	.938	Std Err	.035	Median	1.000
Mode	1.000	Std Dev	.245	Variance	.060
Kurtosis	12.449	S E Kurt	.674	Skewness	-3.732
S E Skew	.343	Range	1.000	Minimum	.000
Maximum	1.000	Sum	45.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 18 SPSS/PC+ 1/1/80
 V16 PREGUNTA 16

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO RESPUESTA	0	2	4.2	4.2	4.2
SI	1	36	75.0	75.0	79.2
NO TIENE PAREJA	2	10	20.8	20.8	100.0
TOTAL		48	100.0	100.0	

Mean	1.167	Std Err	.069	Median	1.000
Mode	1.000	Std Dev	.476	Variance	.227
Kurtosis	.814	S E Kurt	.674	Skewness	.502
S E Skew	.343	Range	2.000	Minimum	.000
Maximum	2.000	Sum	56.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 19

SPSS/PC+

1/1/80

V17 PREGUNTA 17

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO RESPUESTA	0	2	4.2	4.2	4.2
SI	1	31	70.8	70.8	75.0
NO	2	15	25.0	25.0	100.0
TOTAL		48	100.0	100.0	

Mean	1.208	Std Err	.073	Median	1.000
Mode	1.000	Std Dev	.504	Variance	.254
Kurtosis	.199	S E Kurt	.674	Skewness	.368
S E Skew	.343	Range	2.000	Minimum	.000
Maximum	2.000	Sum	58.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 20

SPSS/PC+

1/1/80

V18 PREGUNTA 18

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO RESPUESTA	0	14	29.2	29.2	29.2
METODO DEFINITIVO	1	32	66.7	66.7	95.8
METODO TEMPORAL	2	2	4.2	4.2	100.0
TOTAL		48	100.0	100.0	

Mean	.750	Std Err	.076	Median	1.000
Mode	1.000	Std Dev	.526	Variance	.277
Kurtosis	-.219	S E Kurt	.674	Skewness	-.229
S E Skew	.343	Range	2.000	Minimum	.000
Maximum	2.000	Sum	36.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 21 SPSS/PC+ 1/1/80
 V19 PREGUNTA 19

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO RESPUESTA	0	18	37.5	37.5	37.5
CUALQUIER LUGAR	1	30	62.5	62.5	100.0

TOTAL 48 100.0 100.0

Mean	.625	Std Err	.071	Median	1.000
Mode	1.000	Std Dev	.489	Variance	.239
Kurtosis	-1.792	S E Kurt	.674	Skewness	-.533
S E Skew	.343	Range	1.000	Minimum	.000
Maximum	1.000	Sum	30.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 22 SPSS/PC+ 1/1/80
 V20 PREGUNTA 20

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO RESPUESTA	0	15	31.3	31.3	31.3
METODO	1	33	68.8	68.8	100.0

TOTAL 48 100.0 100.0

Mean	.688	Std Err	.068	Median	1.000
Mode	1.000	Std Dev	.468	Variance	.219
Kurtosis	-1.361	S E Kurt	.674	Skewness	-.835
S E Skew	.343	Range	1.000	Minimum	.000
Maximum	1.000	Sum	33.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 23 SPSS/PC+ 1/1/80
 V21 PREGUNTA 21

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO RESPUESTA	0	13	27.1	27.1	27.1
USA METODO	1	35	72.9	72.9	100.0
TOTAL		48	100.0	100.0	

Mean	.729	Std Err	.065	Median	1.000
Mode	1.000	Std Dev	.449	Variance	.202
Kurtosis	-.905	S E Kurt	.674	Skewness	-1.065
S E Skew	.343	Range	1.000	Minimum	.000
Maximum	1.000	Sum	35.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 24 SPSS/PC+ 1/1/80
 V22 PREGUNTA 22

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO RESPUESTA	0	18	37.5	37.5	37.5
NO CONSIGUIO	1	30	62.5	62.5	100.0
TOTAL		48	100.0	100.0	

Mean	.625	Std Err	.071	Median	1.000
Mode	1.000	Std Dev	.489	Variance	.239
Kurtosis	-1.792	S E Kurt	.674	Skewness	-.533
S E Skew	.343	Range	1.000	Minimum	.000
Maximum	1.000	Sum	30.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 25 SPSS/PC+ 1/1/80
 V23 PREGUNTA 23

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO RESPUESTA	0	21	43.8	43.8	43.8
EMPEZO A USAR	1	27	56.3	56.3	100.0
TOTAL		48	100.0	100.0	

Mean	.563	Std Err	.072	Median	1.000
Mode	1.000	Std Dev	.501	Variance	.251
Kurtosis	-2.018	S E Kurt	.674	Skewness	-.260
S E Skew	.343	Range	1.000	Minimum	.000
Maximum	1.000	Sum	27.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 26 SPSS/PC+ 1/1/80
 V24 PREGUNTA 24

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO RESPUESTA	0	29	60.4	60.4	60.4
DEJO DE UTILIZAR	1	19	39.6	39.6	100.0
TOTAL		48	100.0	100.0	

Mean	.396	Std Err	.071	Median	.000
Mode	.000	Std Dev	.494	Variance	.244
Kurtosis	-1.887	S E Kurt	.674	Skewness	.440
S E Skew	.343	Range	1.000	Minimum	.000
Maximum	1.000	Sum	19.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 27

SPSS/PC+

1/1/80

V25 PREGUNTA 25

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO RESPUESTA	0	35	72.9	72.9	72.9
SE EMBARAZO	1	12	25.0	25.0	97.9
DESEABA MAS HIJOS	2	1	2.1	2.1	100.0
TOTAL		48	100.0	100.0	

Mean	.292	Std Err	.073	Median	.000
Mode	.000	Std Dev	.504	Variance	.254
Kurtosis	1.233	S E Kurt	.674	Skewness	1.458
S E Skew	.343	Range	2.000	Minimum	.000
Maximum	2.000	Sum	14.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 28

SPSS/PC+

1/1/80

V26 PREGUNTA 26

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO RESPUESTA	0	24	50.0	50.0	50.0
METODO TEMPORAL	1	21	43.8	43.8	93.8
NO USO METODO	2	3	6.3	6.3	100.0
TOTAL		48	100.0	100.0	

Mean	.563	Std Err	.089	Median	.500
Mode	.000	Std Dev	.616	Variance	.379
Kurtosis	-.511	S E Kurt	.674	Skewness	.609
S E Skew	.343	Range	2.000	Minimum	.000
Maximum	2.000	Sum	27.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 29

SPSS/PC+

1/1/80

V27 PREGUNTA 27

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO RESPUESTA	0	29	60.4	60.4	60.4
SI	1	15	31.3	31.3	91.7
NO	2	4	8.3	8.3	100.0
TOTAL		48	100.0	100.0	

Mean	.479	Std Err	.094	Median	.000
Mode	.000	Std Dev	.652	Variance	.425
Kurtosis	.014	S E Kurt	.674	Skewness	1.041
S E Skew	.343	Range	2.000	Minimum	.000
Maximum	2.000	Sum	23.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 30

SPSS/PC+

1/1/80

V28 PREGUNTA 28

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO CONTESTO	0	23	47.9	47.9	47.9
METODO DEFINITIVO	1	25	52.1	52.1	100.0
TOTAL		48	100.0	100.0	

Mean	.521	Std Err	.073	Median	1.000
Mode	1.000	Std Dev	.505	Variance	.255
Kurtosis	-2.081	S E Kurt	.674	Skewness	-.086
S E Skew	.343	Range	1.000	Minimum	.000
Maximum	1.000	Sum	25.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 31 SPSS/PC+ 1/1/80
 V29 PREGUNTA 29

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO CONTESTO	0	24	50.0	50.0	50.0
HOSPITAL GOBIERNO	1	24	50.0	50.0	100.0
TOTAL		48	100.0	100.0	

Mean	.500	Std Err	.073	Median	.500
Mode	.000	Std Dev	.505	Variance	.255
Kurtosis	-2.089	S E Kurt	.674	Skewness	.000
S E Skew	.343	Range	1.000	Minimum	.000
Maximum	1.000	Sum	24.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 32 SPSS/PC+ 1/1/80
 V30 PREGUNTA 30

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO CONTESTO	0	28	58.3	58.3	58.3
DIO FECHA METODO DEF	1	20	41.7	41.7	100.0
TOTAL		48	100.0	100.0	

Mean	.417	Std Err	.072	Median	.000
Mode	.000	Std Dev	.498	Variance	.248
Kurtosis	-1.962	S E Kurt	.674	Skewness	.349
S E Skew	.343	Range	1.000	Minimum	.000
Maximum	1.000	Sum	20.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 33 SPSS/PC+ 1/1/80
 V31 PREGUNTA 31

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO CONTESTO	0	31	64.6	64.6	64.6
FECHA METODO TEMPORAL	1	17	35.4	35.4	100.0
TOTAL		48	100.0	100.0	

Mean	.354	Std Err	.070	Median	.000
Mode	.000	Std Dev	.483	Variance	.234
Kurtosis	-1.675	S E Kurt	.674	Skewness	.630
S E Skew	.343	Range	1.000	Minimum	.000
Maximum	1.000	Sum	17.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

Page 34 SPSS/PC+ 1/1/80
 V32 PREGUNTA 32

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO CONTESTO	0	33	68.8	68.8	68.8
CAUSAS PERSONALES	1	14	29.2	29.2	97.9
DESEABAN EMBARAZARSE	2	1	2.1	2.1	100.0
TOTAL		48	100.0	100.0	

Mean	.333	Std Err	.075	Median	.000
Mode	.000	Std Dev	.519	Variance	.270
Kurtosis	.423	S E Kurt	.674	Skewness	1.199
S E Skew	.343	Range	2.000	Minimum	.000
Maximum	2.000	Sum	16.000		

Valid Cases 48 Missing Cases 0

V33 PREGUNTA 33

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO CONTESTO	0	29	60.4	60.4	60.4
SI USA METODO	1	18	37.5	37.5	97.9
NO USA METODO	2	1	2.1	2.1	100.0

TOTAL	48	100.0	100.0
--------------	-----------	--------------	--------------

Mean	.417	Std Err	.078	Median	.000
Mode	.000	Std Dev	.539	Variance	.291
Kurtosis	-.559	S E Kurt	.674	Skewness	.771
S E Skew	.343	Range	2.000	Minimum	.000
Maximum	2.000	Sum	20.000		

Valid Cases	48	Missing Cases	0
-------------	----	---------------	---

V34 PREGUNTA 34

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO CONTESTO	0	17	35.4	35.4	35.4
SI HACE ALGO	1	20	41.7	41.7	77.1
NO HACE NADA	2	11	22.9	22.9	100.0

TOTAL	48	100.0	100.0
--------------	-----------	--------------	--------------

Mean	.875	Std Err	.110	Median	1.000
Mode	1.000	Std Dev	.761	Variance	.580
Kurtosis	-1.217	S E Kurt	.674	Skewness	.217
S E Skew	.343	Range	2.000	Minimum	.000
Maximum	2.000	Sum	42.000		

Valid Cases	48	Missing Cases	0
-------------	----	---------------	---

V35 PREGUNTA 35

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
NO CONTESTO	0	6	12.5	12.5	12.5
UN HIJO	1	2	4.2	4.2	16.7
DOS HIJOS	2	20	41.7	41.7	58.3
TRES HIJOS	3	14	29.2	29.2	87.5
CUATRO HIJOS	4	3	6.3	6.3	93.8
SEIS HIJOS	6	2	4.2	4.2	97.9
DIEZ HIJOS	10	1	2.1	2.1	100.0

TOTAL	48	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

Mean	2.458	Std Err	.247	Median	2.000
Mode	2.000	Std Dev	1.713	Variance	2.934
Kurtosis	7.459	S E Kurt	.674	Skewness	1.916
S E Skew	.343	Range	10.000	Minimum	.000
Maximum	10.000	Sum	118.000		

Valid Cases	48	Missing Cases	0
-------------	----	---------------	---

ANEXO 3 GRAFICAS

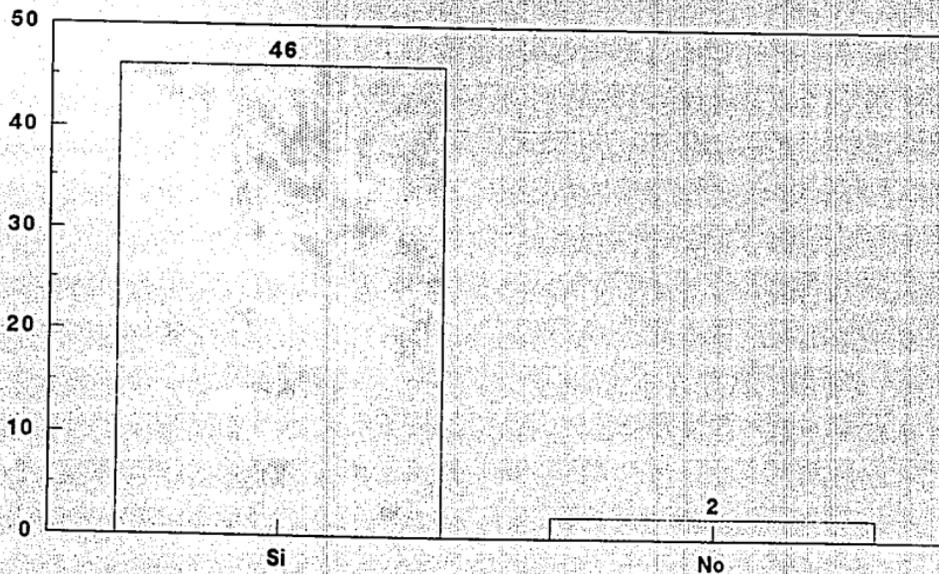
A continuación se presentan las graficas de las preguntas más importantes. Estas gráficas fueron realizadas en el programa "Harvard Graphics". Todos los datos graficados provienen del Anexo 2.

GRAFICA 1

Pregunta 1

Ha escuchado hablar sobre la Planificación Familiar?

Frecuencia



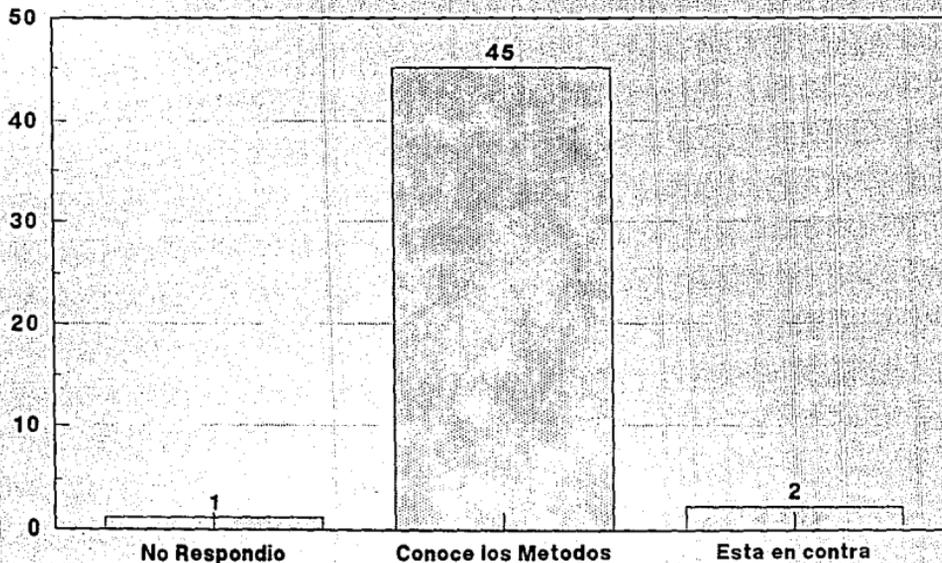
Fuente: Anexo 2

GRAFICA 2.

Pregunta 2

Qué es lo que ha escuchado sobre la Planificación Familiar?

Frecuencia

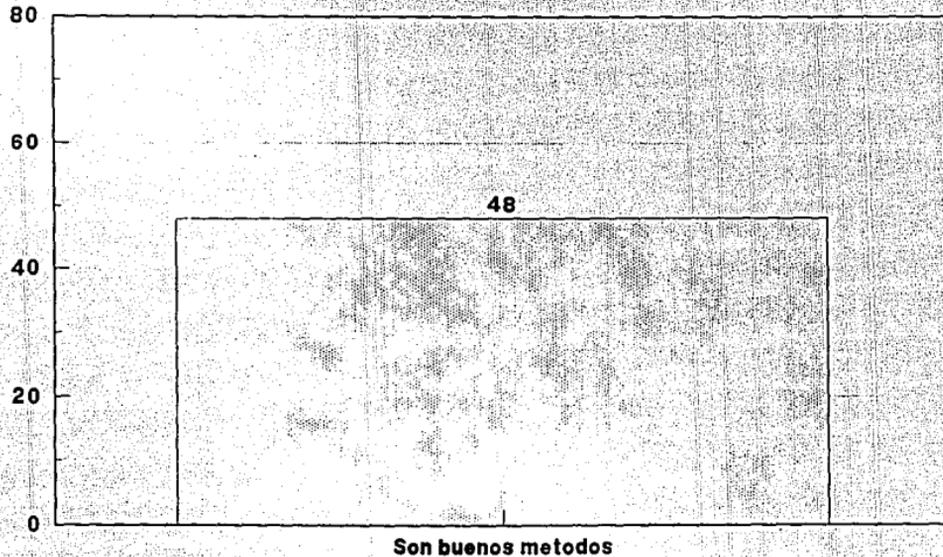


Fuente: Anexo 2

GRAFICA 3

Pregunta 3
Qué piensa ud. sobre la planificación
familiar?

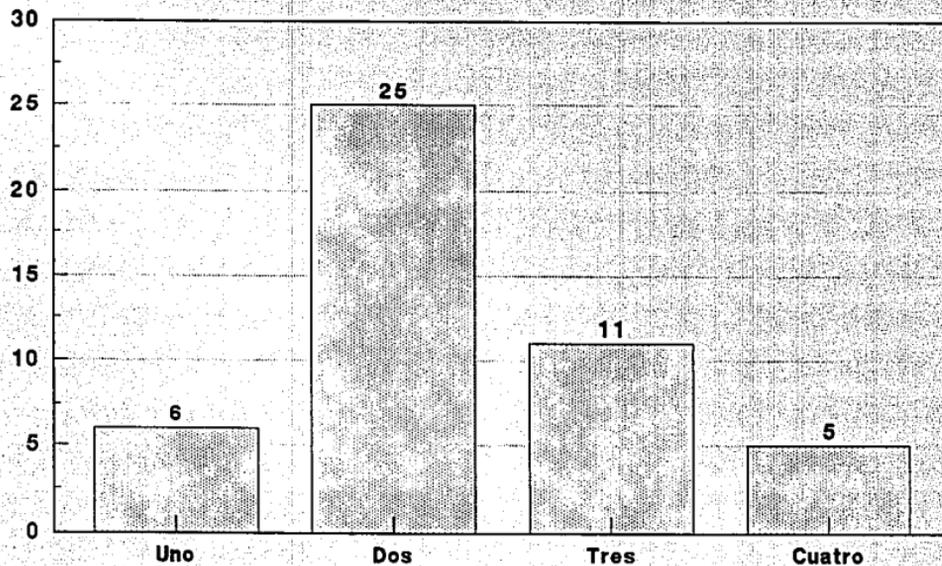
Frecuencia



GRAFICA 4

Pregunta 4
Cuántos hijos considera que es mejor que una
mujer tenga?

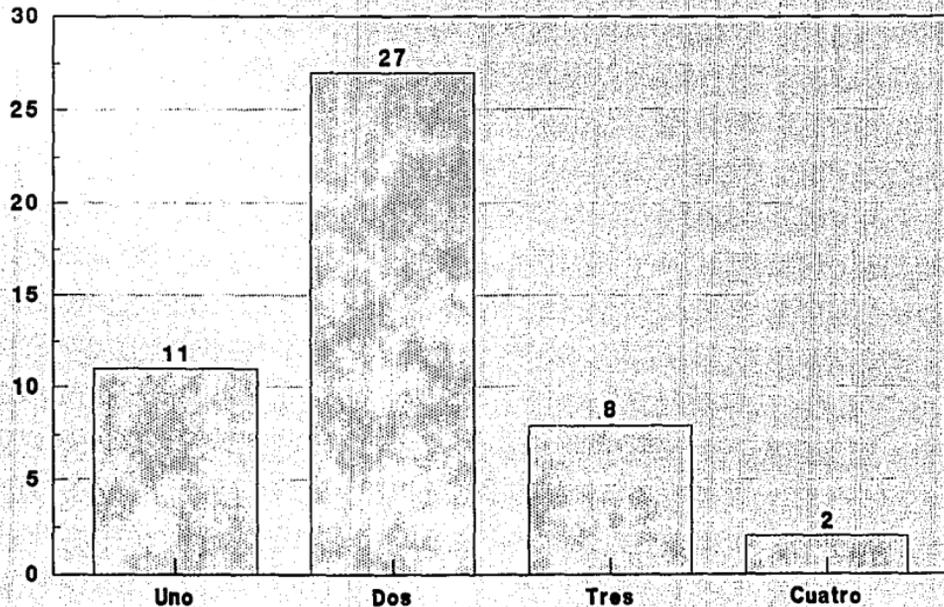
Frecuencia



Pregunta 5

Con cuántos hijos una familia es pequeña?

Frecuencia



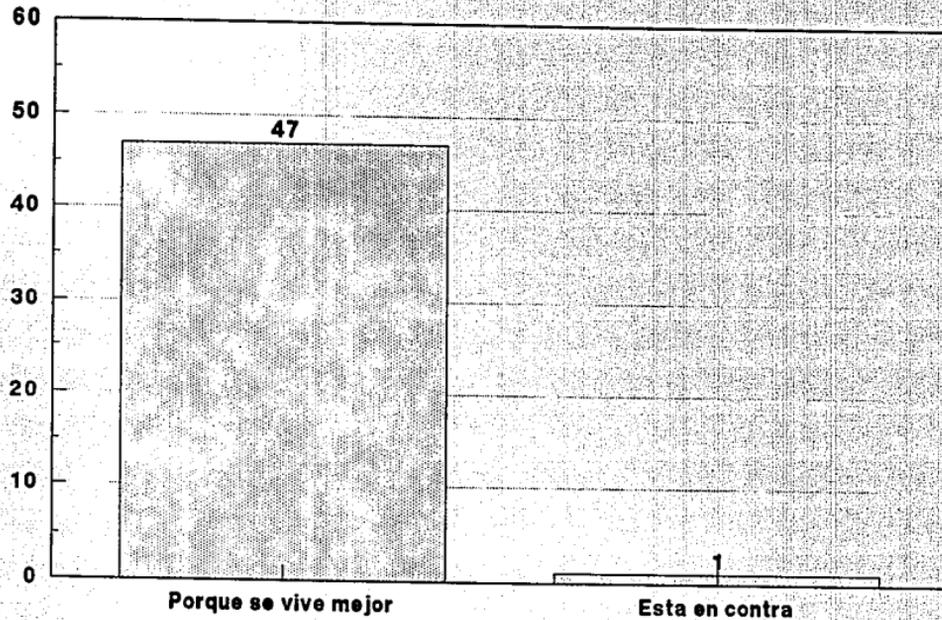
Fuente: Anexo 2

GRAFICA 6

Pregunta 6

Porqué es bueno tener una familia chica?

Frecuencia



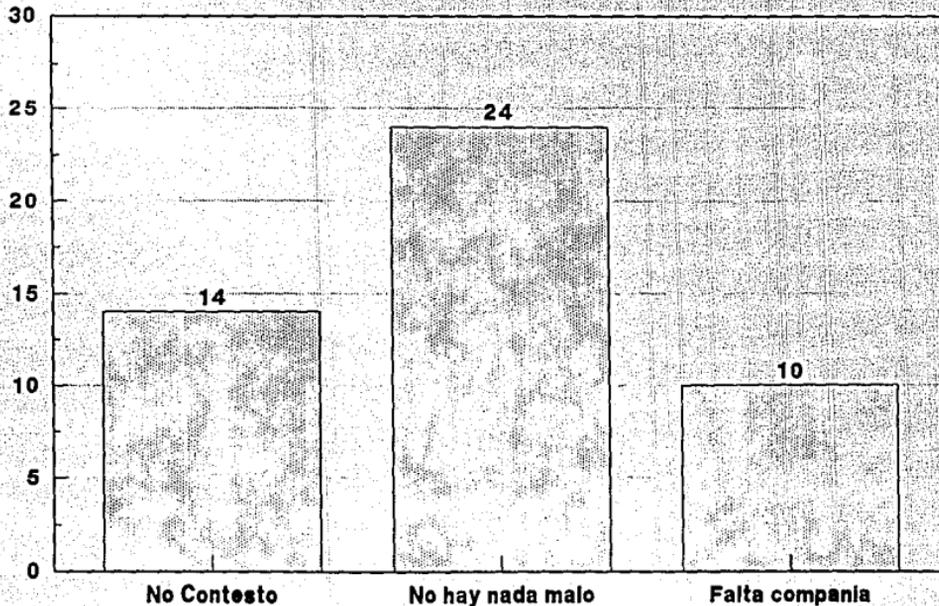
Fuente: Anexo 2

GRAFICA 7

Pregunta 7

Porqué es malo tener una familia chica?

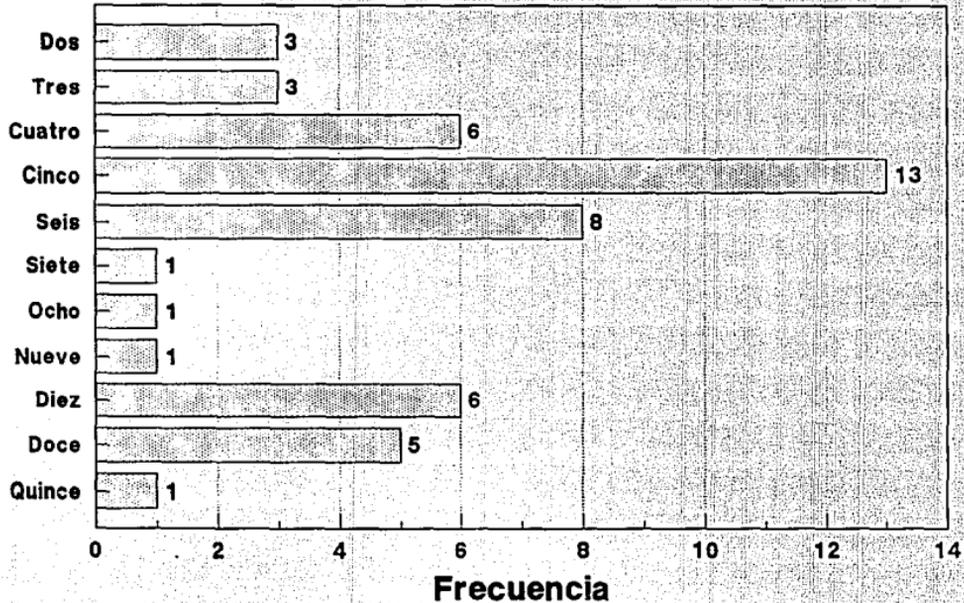
Frecuencia



Pregunta 8

Con más de cuántos hijos una familia es grande?

Numero de hijos

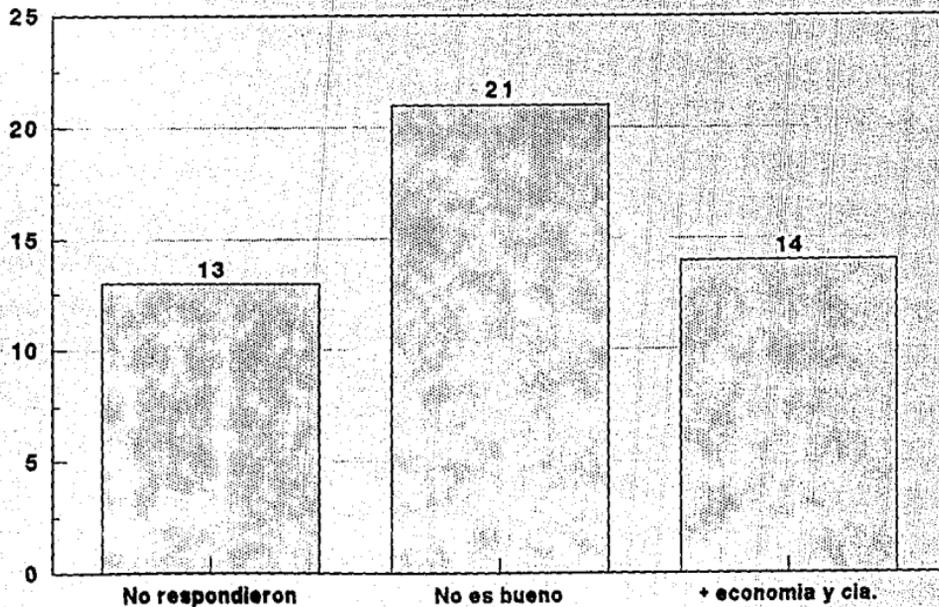


Fuente: Anexo 2

Pregunta 9

Porqué es bueno tener una familia grande?

Frecuencia

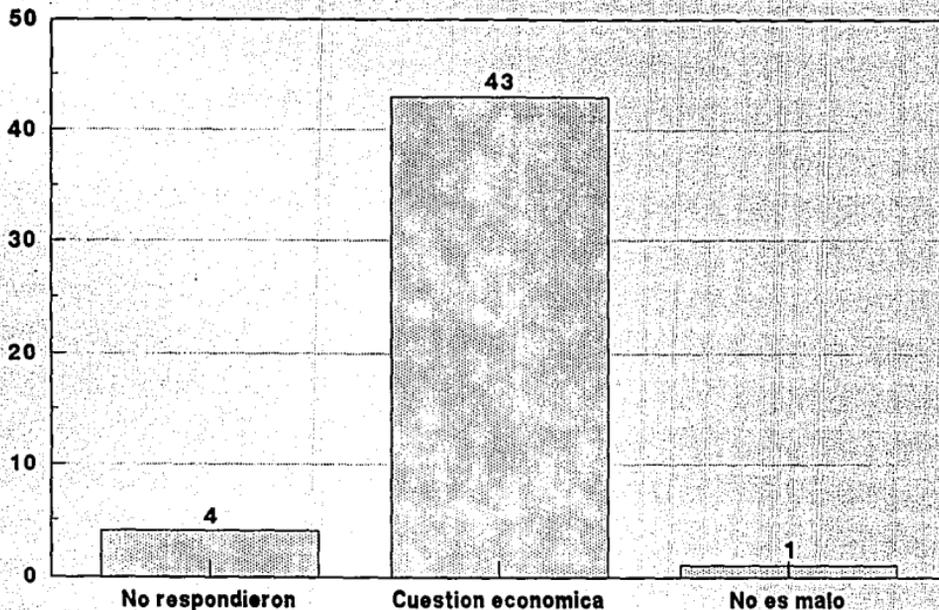


Fuente: Anexo 2

Pregunta 10

Porqué es malo tener una familia grande?

Frecuencia



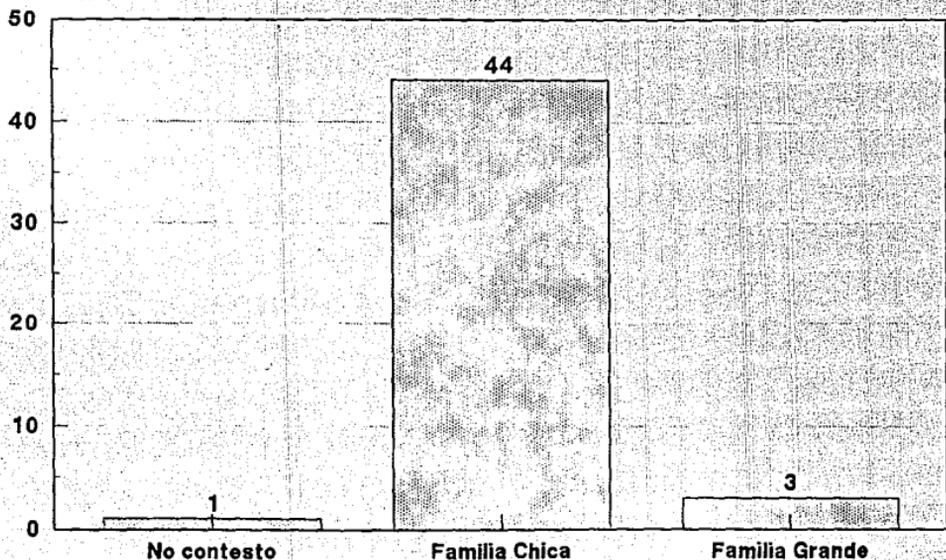
Fuente: Anexo 2

GRAFICA 11

Pregunta 11

Qué le gusta más a Ud. una familia chica o una familia grande?

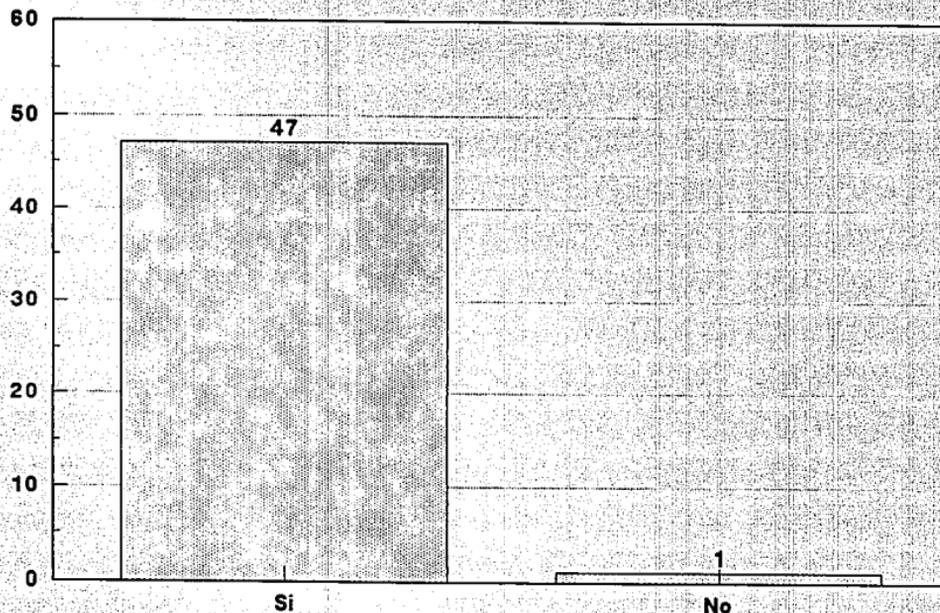
Frecuencia



Pregunta 12

Ha oido hablar de los anticonceptivos?

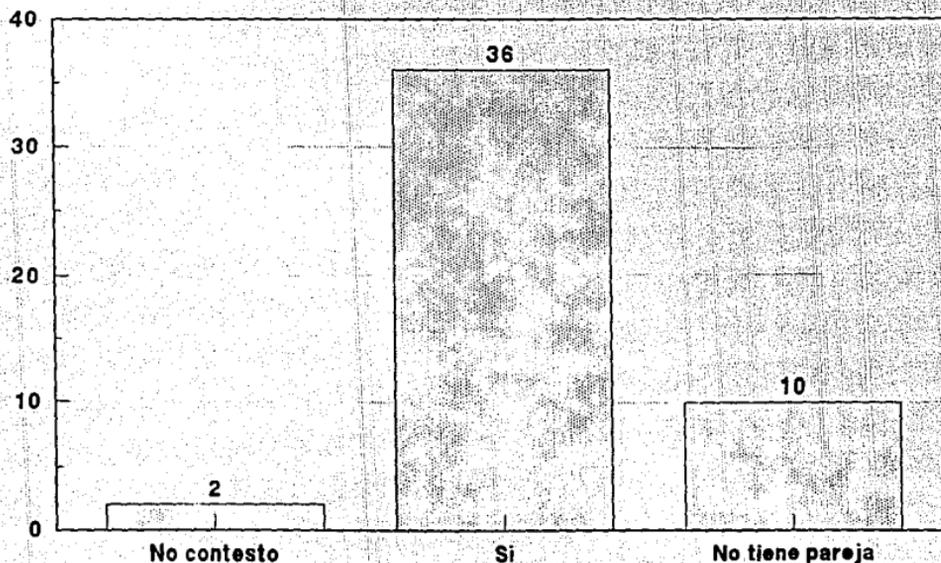
Frecuencia



Pregunta 16

Alguna vez han hecho ud. o su pareja algo para no tener hijos?

Frecuencia

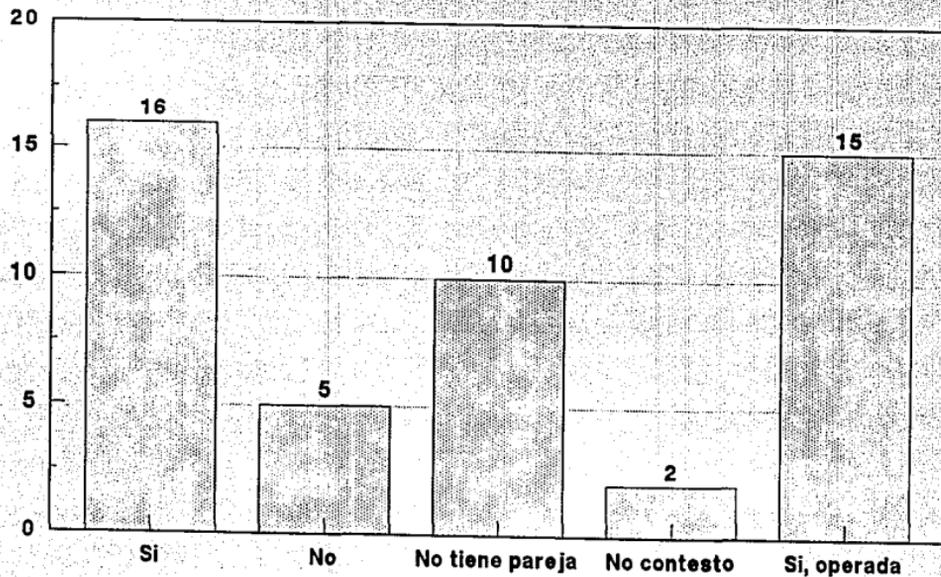


Fuente: Anexo 2

Pregunta 17

Actualmente ud. o su pareja hacen algo para no tener hijos?

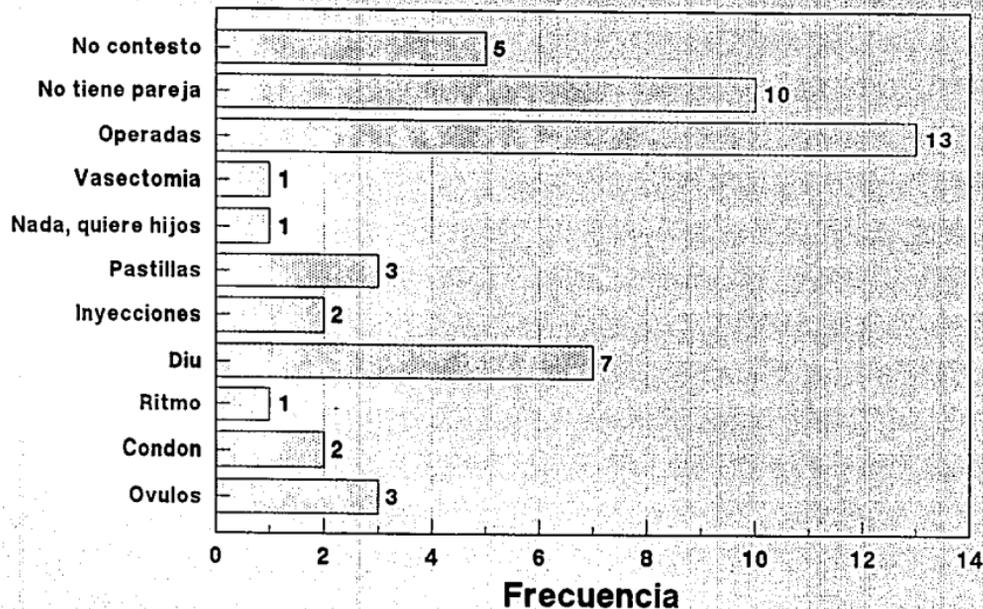
Frecuencia



Pregunta 18

Qué hacen ud. o su pareja para no tener hijos?

Metodos

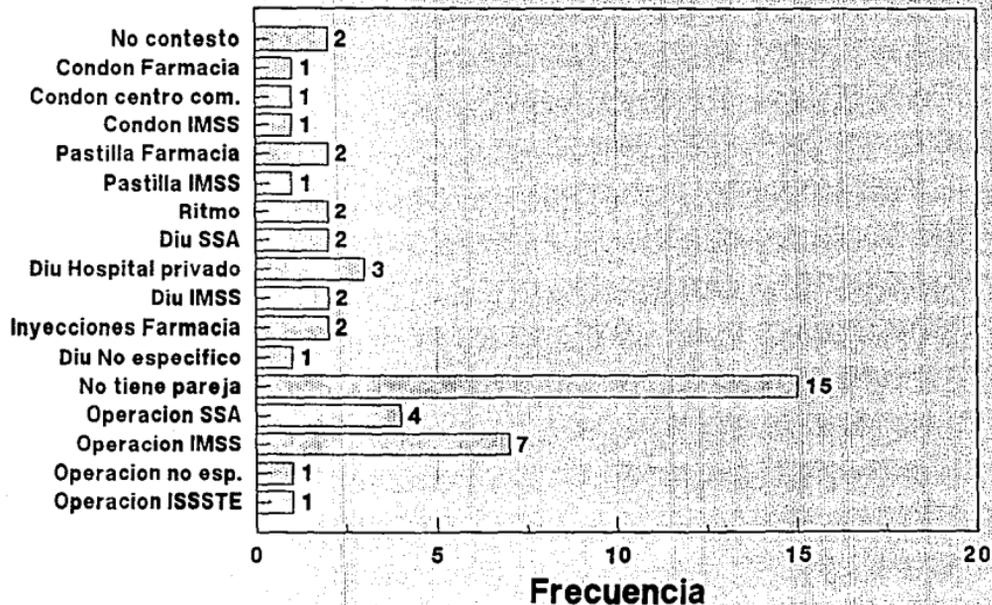


Fuente: Anexo 2

Pregunta 19

Dónde consiguió el método más efectivo?

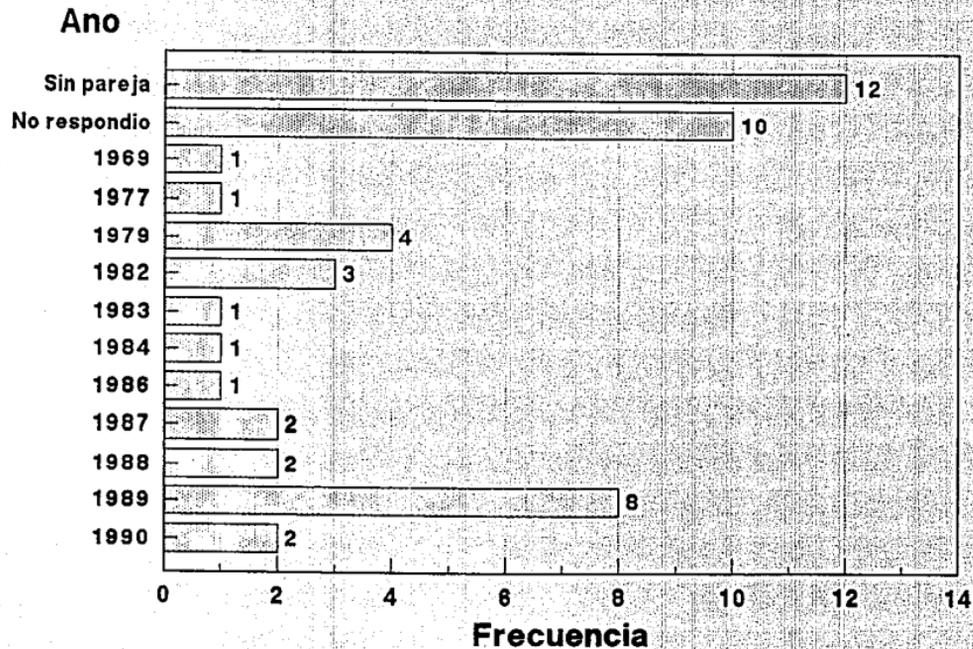
Lugar y Metodo



Fuente: Anexo 2

Pregunta 20

Desde cuándo usa el método más efectivo?

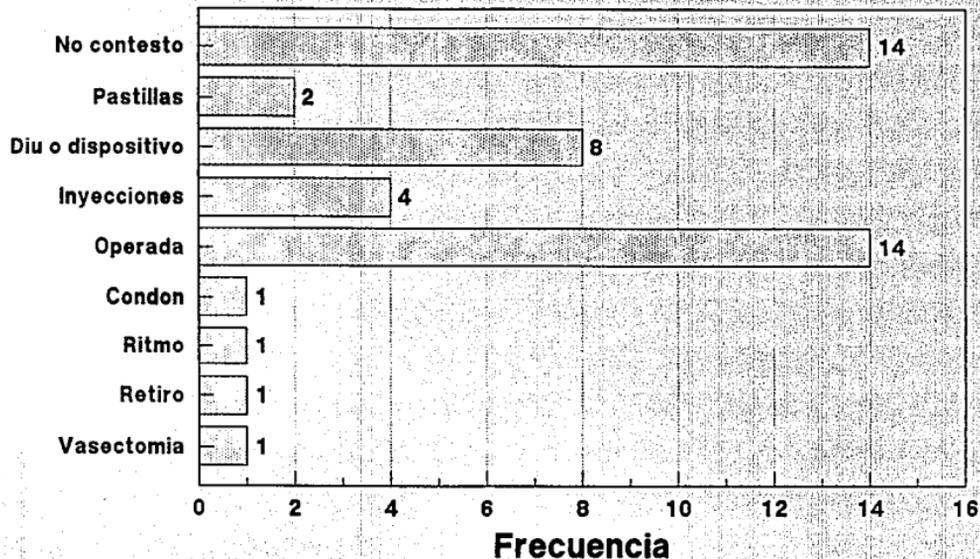


Fuente: Anexo 2

Pregunta 21

Qué fue lo último que hicieron ud. y su pareja para no tener hijos?

Metodo

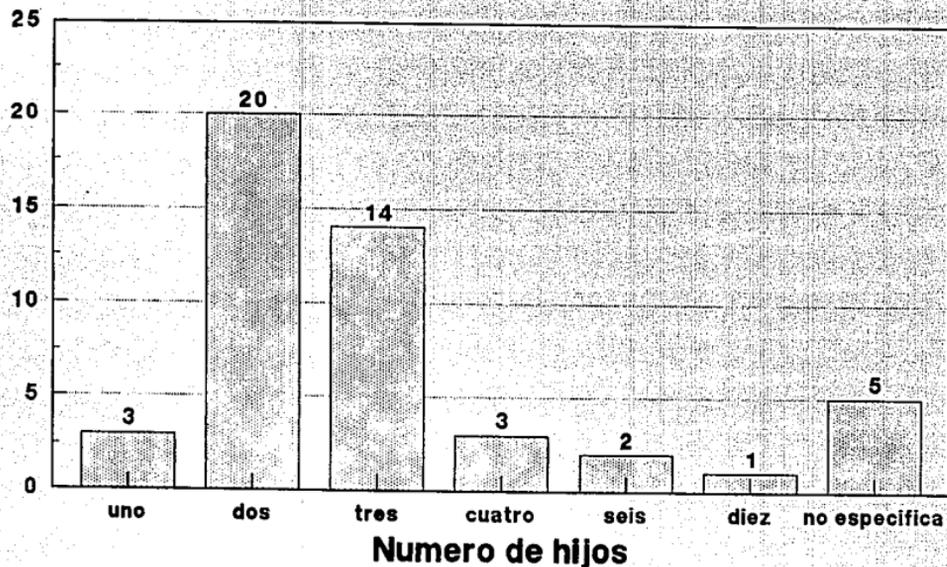


Fuente: Anexo 2

Pregunta 35

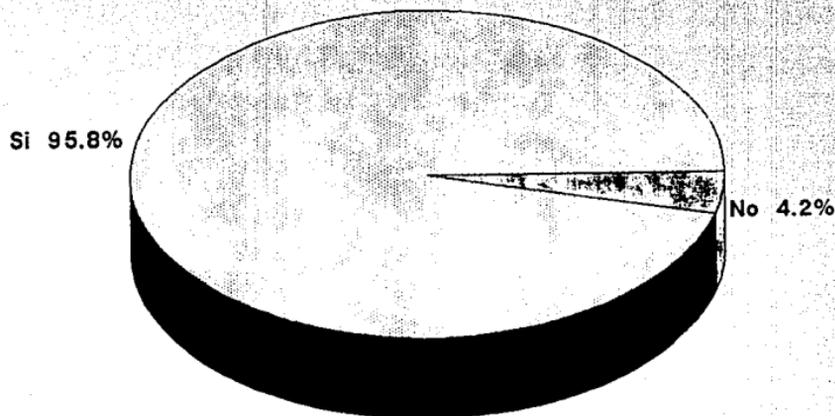
Si ud. pudiera escoger el no. de hijos para tener en toda su vida, cuántos tendría?

Frecuencia



Pregunta 1

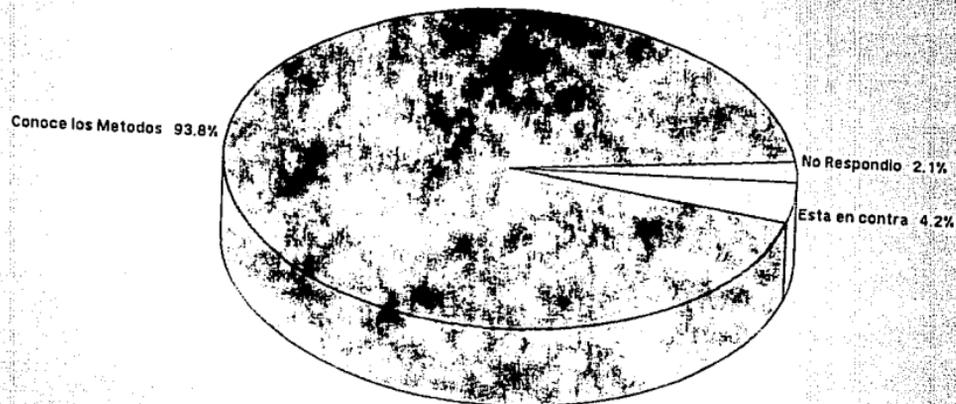
Ha escuchado hablar sobre la Planificación Familiar?



Fuente: Anexo 2

Pregunta 2

Qué es lo que ha escuchado sobre la Planificación Familiar?

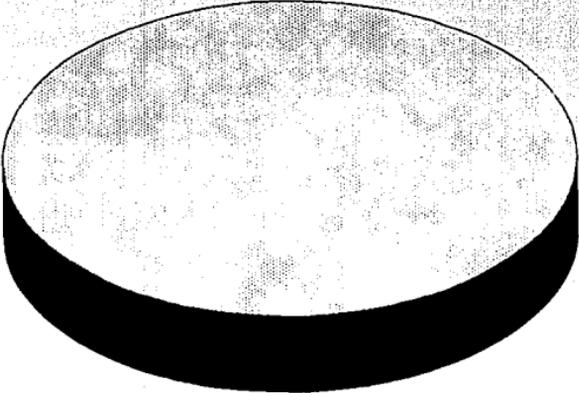


Fuente: Anexo 2

Pregunta 3

Qué piensa ud. sobre la planificación familiar?

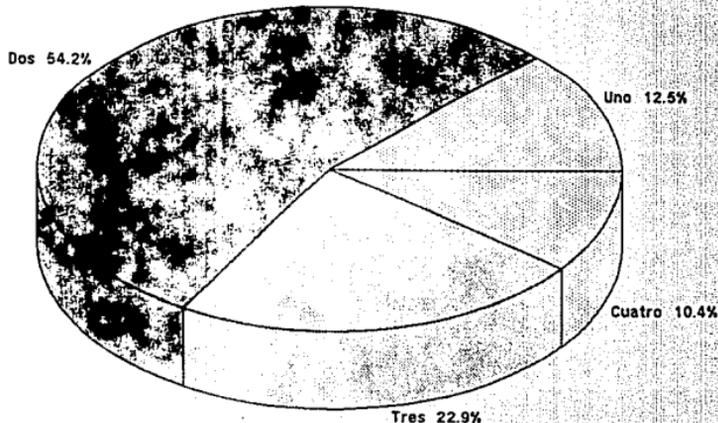
Son buenos metodos 100.0%

A 3D pie chart with a single white slice representing 100% of the data. The slice is viewed from an angle, giving it a three-dimensional appearance with a black shadow on the bottom. A label 'Son buenos metodos 100.0%' is positioned to the left of the chart, with a thin black line connecting the text to the edge of the pie slice.

Fuente: Anexo 2

Pregunta 4

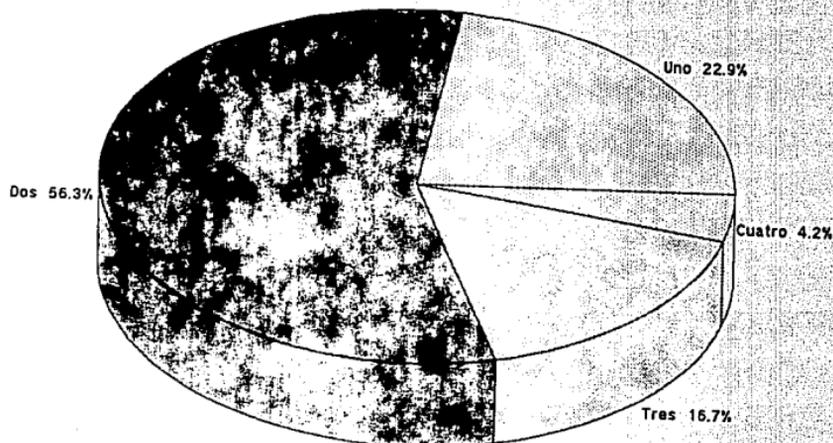
Cuántos hijos considera que es mejor que una mujer tenga?



Fuente: Anexo 2

Pregunta 5

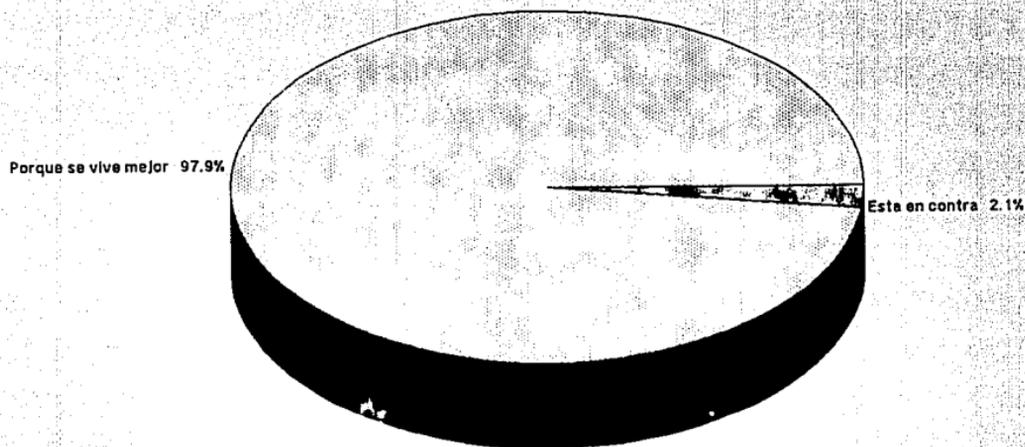
Con cuántos hijos una familia es pequeña?



Fuente: Anexo 2

Pregunta 6

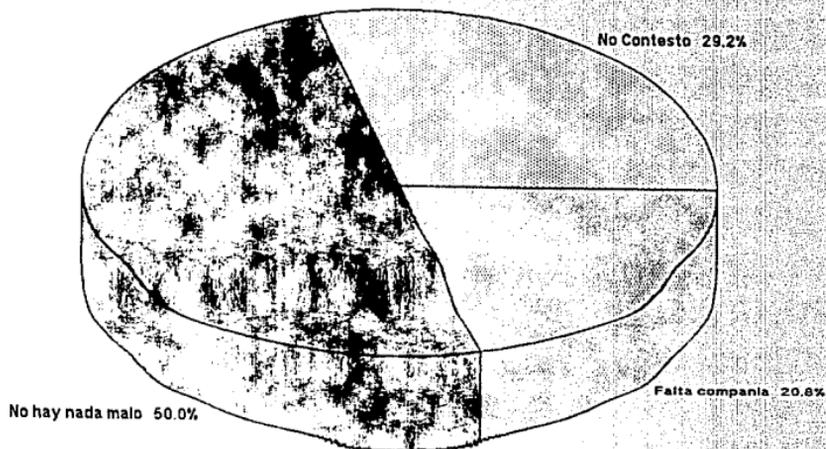
Porqué es bueno tener una familia chica?



Fuente: Anexo 2

Pregunta 7

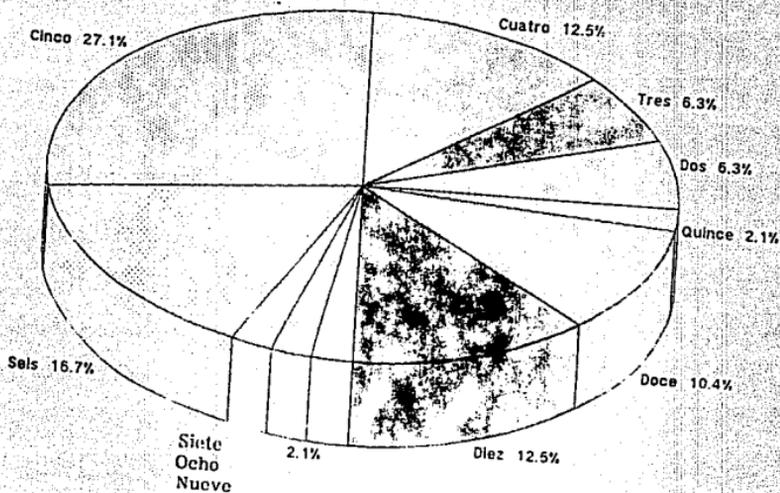
Porqué es malo tener una familia chica?



Fuente: Anexo 2

Pregunta 8

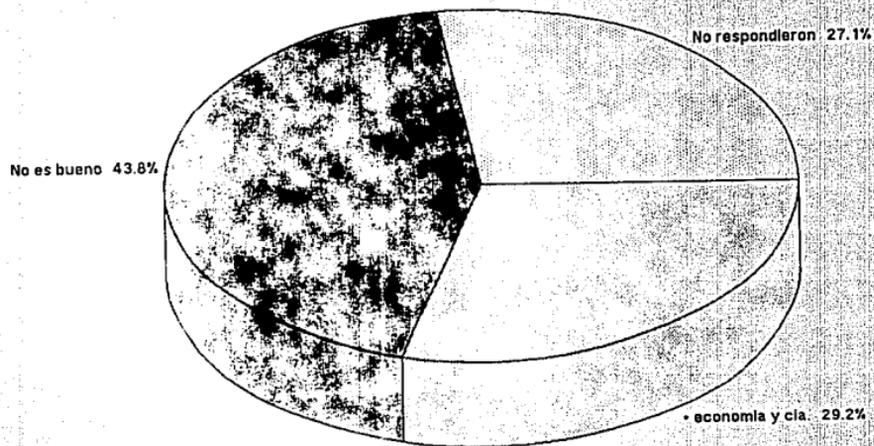
Con cuántos hijos una familia es grande?



Fuente: Anexo 2

Pregunta 9

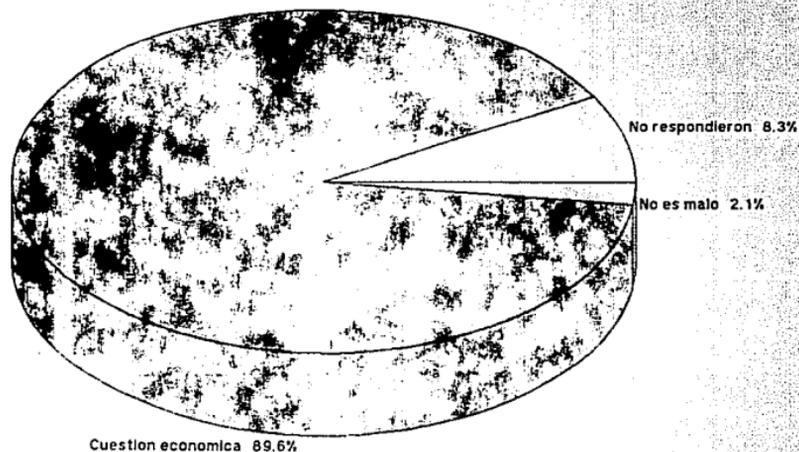
Porqué es bueno tener una familia grande?



Fuente: Anexo 2

Pregunta 10

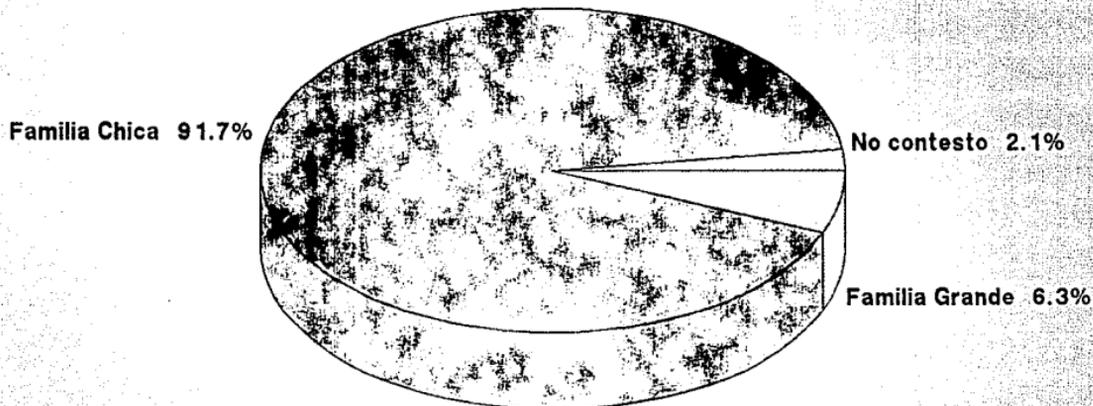
Porqué es malo tener una familia grande?



Fuente: Anexo 2

Pregunta 11

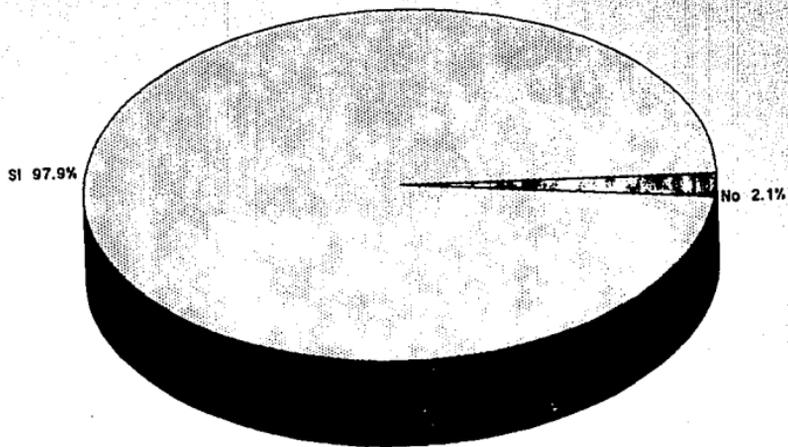
Qué le gusta más a Ud. una familia chica o una familia grande?



Fuente: Anexo 2

Pregunta 12

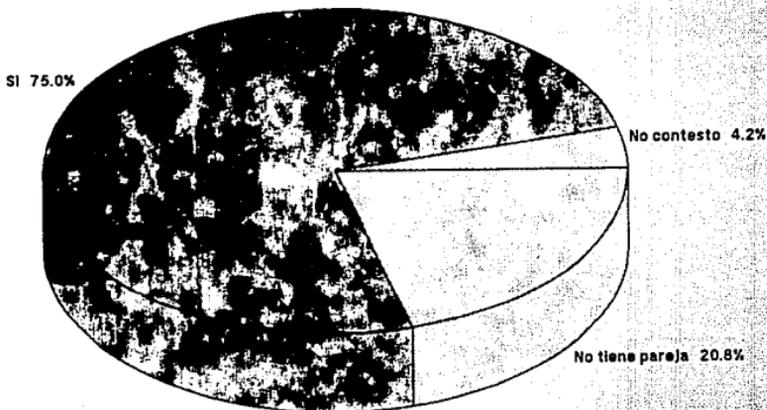
Ha oido hablar de los anticonceptivos?



Fuente: Anexo 2

Pregunta 16

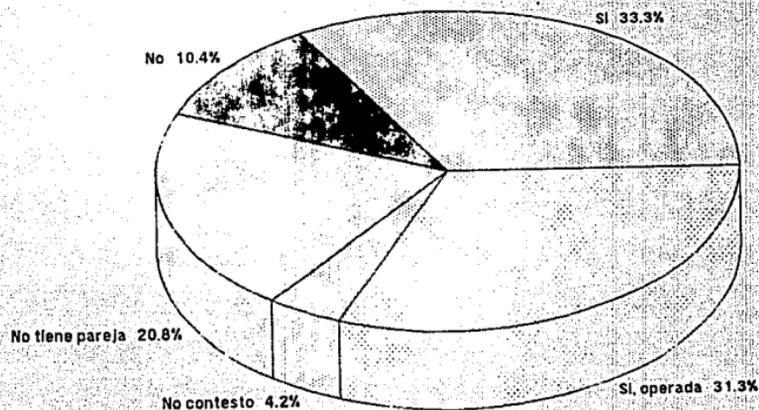
Alguna vez han hecho ud. o su pareja algo para no tener hijos?



Fuente: Anexo 2

Pregunta 17

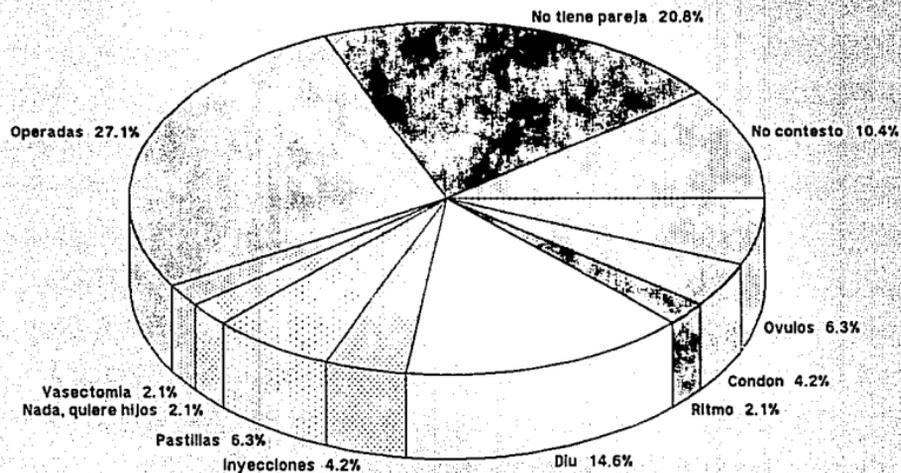
Actualmente ud. o su pareja hacen algo para no tener hijos?



Fuente: Anexo 2

Pregunta 18

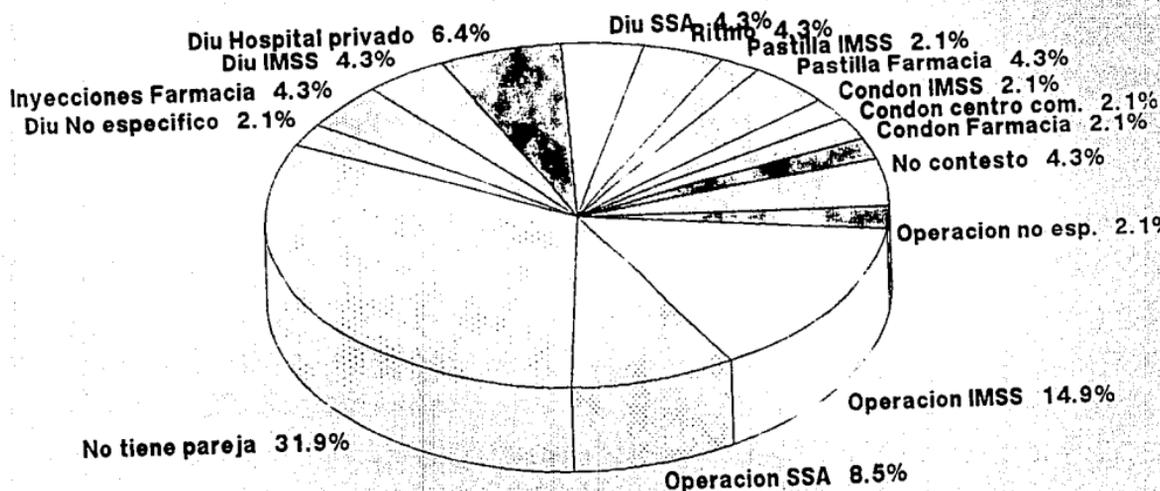
Qué hacen ud. o su pareja para no tener hijos?



Fuente: Anexo 2

Pregunta 19

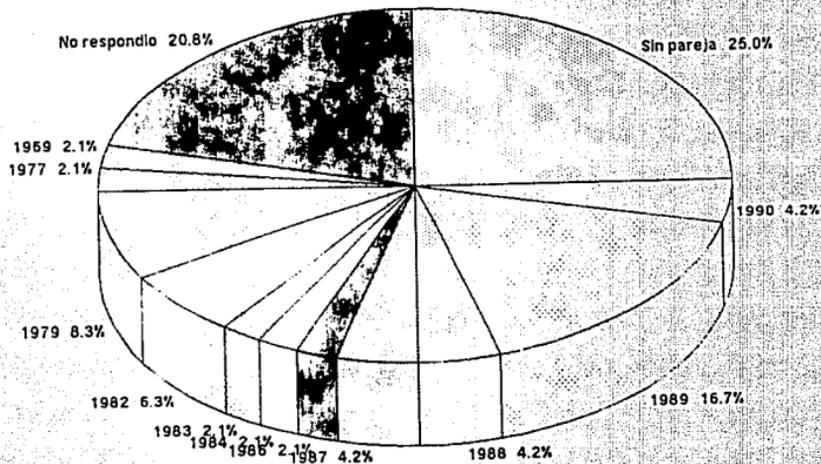
Dónde consiguió el método más efectivo?



Fuente: Anexo 2

Pregunta 20

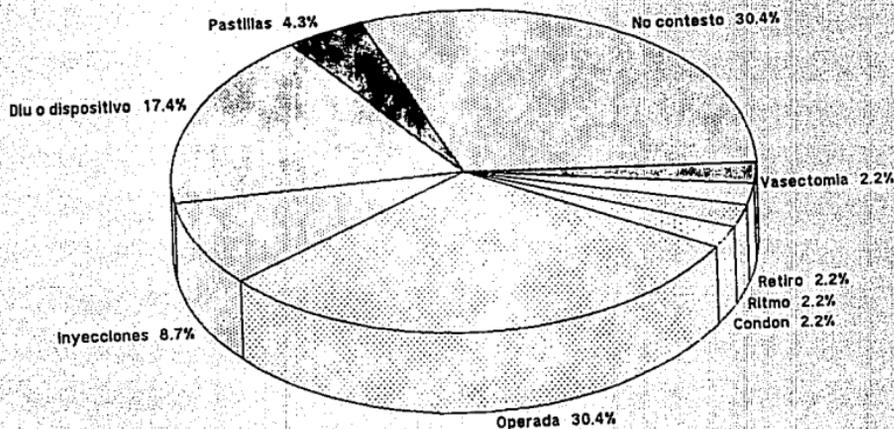
Desde cuándo usa el método más efectivo?



Fuente: Anexo 2

Pregunta 21

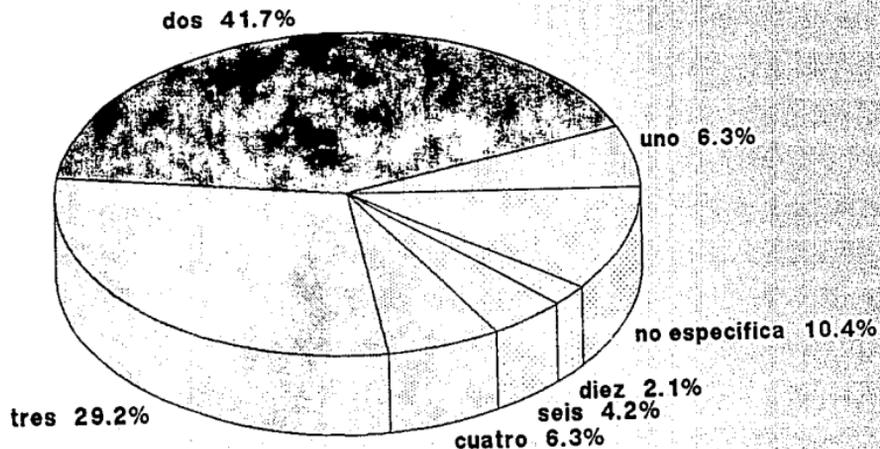
Qué fué lo último que hicieron ud. y su pareja para no tener hijos?



Fuente: Anexo 2

Pregunta 35

Si ud. pudiera escoger el no. de hijos para tener en toda su vida, cuántos tendría?



Fuente: Anexo 2

BIBLIOGRAFIA

1. Almanaque Mundial 1984. Editorial Popumex, S.A. de C.V, México 1983.
2. A. Sauvy, "La Población", Editorial Universitario de Buenos Aires, 1969.
3. Boiko V. Viktor, "La Familia de Pocos Hijos", La Habana, 1988.
4. Consejo Nacional de Población, "La Educación de la Sexualidad Humana", México 1982.
5. Donella H. Meadows, Dennis L. Meadows, Jorgen Randers, William W. Beherens III, "Los Límites del Crecimiento", Fondo de Cultura Económica, 1972.
6. Estévez María Antonia, Alonso Isabel, "Elige tu Anticonceptivo", España 1987.
7. Forrester, Jay W., "Study Notes in System Dynamics" MIT, 1973.
8. García Ballesteros Aurora, "Crecimiento y Problemas de la Población Mundial", Aula Abierta Salvat, Barcelona 1982.
9. García y Gama Irma O., "La Fecundidad en México, Cambios y Perspectivas", Seminario de Marzo de 1984.
10. Goodman, Michael R., "Study Notes in System Dynamics" MIT, 1973.
11. Instituto Geográfico de Agostinie, Atlas Universal Geo-Económico, Editorial Taide, S.A., Barcelona 1973.
12. Kish, Leslie, "Muestreo de Encuestas", Trillas 1972.
13. Nolasco A. Margarita, "Migración Municipal en México" (1960-1970), Instituto Nacional de Antropología e Historia, 1971.
14. Núñez F. Leopoldo, Moreno N. Lorenzo, "México, Proyecciones de Población Urbana y Rural 1980-2010", Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica, 1986.
15. Todo Mundo, Almanaque Universal, Bruguera, México 1982.