

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL



**EL TRABAJADOR SOCIAL EN:
ASOCIACION PRO-SALUD MATERNAL, A. C.**

**M E M O R I A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
TRABAJADORA SOCIAL
P R E S E N T A**

GUADALUPE SOTO TUEÑO D.
DE GRADUADOS
PROFESIONALES
Y ESCOLARES

México, D. F.

1976



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Pág .
Introducción	3
Capítulo I	5
ASOCIACION PRO-SALUD MATERNAL, A.C.	6
a) Antecedentes	6
b) Objetivos	7
c) Organización y funcionamiento	7
Capítulo II	27
PROBLEMATICA ENCONTRADA EN LA INSTITUCION Y METODOLOGIA APLICADA	28
a) Motivaciones	29
b) Conflictos	54
Capítulo III	57
INVESTIGACION REALIZADA EN EL AREA URBANA Y SEMIURBANA EN LA PLANIFICACION FAMILIAR	58
Capítulo IV	85
PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN PLANIFICACION FAMILIAR	86
CONCLUSIONES	93
SUGERENCIAS	97
BIBLIOGRAFIA	101

A mis padres

Con amor y agradecimiento

que esperaban con anhelo que
alcanzara la meta deseada.

A mis hermanos

con cariño

A mi esposo y mis cuatro

hijos con todo mi amor.

Con agradecimiento y cariño
a quien me impulsó para lograr
terminar este trabajo
a la señora
Genoveva Mora de Hamilton.

A todos los maestros que
nos dieron la oportunidad
de llegar a la culminación
de lo iniciado y en especial
a mi maestro
Dr. Manuel Sánchez Rosado.

A todas las personas que
directa o indirectamente
me ayudaron para la rea-
lización de este trabajo.

INTRODUCCION.

En los últimos años se ha intensificado mucho el interés por la planeación familiar para el desarrollo de un país. Esto se debe principalmente al anhelo tan profundo de los países, especialmente los que se encuentran en proceso de desarrollo, de modificar su estructura económica y social con el fin de permitir el mejoramiento efectivo y constante de las condiciones de vida de su población.

En los términos generales, la planeación familiar es un proceso permanente dentro del cual, precisando objetivos se elaboran planes y programas, se ejecutan las acciones y se evalúan los resultados en un período de tiempo.

El trabajar en la Asociación Pro-Salud Maternal, A. C., institución que dirige sus esfuerzos a la solución de la planeación familiar, me ha proporcionado la oportunidad, de estar en relación con numerosas madres pertenecientes a familias de estratos económicos bajos, las cuales son las más afectadas: así me he enterado de que el medio en que viven carece de lo elemental en los aspectos económico, moral, educativo y psicológico. Estas familias se desarrollan en un ambiente de promiscuidad, pobreza, impreparación elemental y falta de higiene: lo que origina grandes deficiencias en la formación de sus miembros como seres útiles a la sociedad.

En el desarrollo de este trabajo se ha tenido presente la situación de la mujer, pues la vemos expuesta a la procreación desde la época de la adolescencia hasta la menopausia, al menos que por un accidente de origen orgánico pueda ser liberada de la maternidad.

Nuestro ingreso a la Asociación Pro-Salud Maternal, A. C., como Trabajadores Sociales, nos ha permitido valorar la gravedad del problema demográfico en México, a pesar de que muchas personas dedicadas a su estudio lo niegan. Tal vez la razón de esta aparente negligencia reside en que ellos no han tenido la oportunidad de estar en contacto estrecho con las clases económicamente menos privilegiadas, a nivel familiar, es decir, desconocen el problema en sus más elementales características.

Las experiencias obtenidas me han ayudado a elaborar este trabajo, con la finalidad de dar a conocer una de las instituciones que colaboran a la solución del problema de la planeación familiar, al igual que la importancia de la función del Trabajador Social en este tipo de centros.

Para encontrar la solución del problema, que es complejo y en el fondo esencialmente económico, como muchos de los grandes problemas de la humanidad, debemos analizar los diversos factores que a su consecuencia concurren: lo que efectuaremos en el desarrollo de este trabajo.

Antes de entrar en materia pido me sean comprendidas las faltas y errores que puedan encontrarse en este modesto trabajo.

Agradezco a la Asociación Pro-Salud Maternal, A. C., la oportunidad y facilidades que me brindó para poder llevar a cabo este trabajo al igual que a todas las personas que sin condición alguna han contribuido a mi formación profesional.

C A P I T U L O I

ASOCIACION PRO-SALUD MATERNAL, A. C.

a) ANTECEDENTES.

La clínica de Planificación Familiar de la APSA" empezó a funcionar en enero de 1959. Fue, durante los primeros siete años y medio, el único programa de Planificación Familiar en México, este programa y una similar en Chile fueron los únicos servicios de planificación familiar existentes en América Latina. Desde el principio este servicio tuvo aceptación por las mujeres mexicanas especialmente las de bajos niveles socio-económicos, a las que posteriormente se les crió a través de pláticas sobre el uso de los anticonceptivos.

Entre las actividades que realizó el APSAM para aplicar su programa de trabajo con las pacientes que acudieron a solicitar el servicio estaban los siguientes:

- Estudios clínicos para la aplicación de los anticonceptivos: orales, inyectables y dispositivos intrauterinos
- Aplicación del estudio socio-económico para fijar el monto de la donación a la institución.
- Adiestramiento al personal médico y para-médico a más de 500 médicos y distinto personal de 13 países latinoamericanos.

En el año de 1973 se estableció el primer Centro de Estudios Andrológicos en el Continente Americano, destinado a hacer una actividad de investigación en el control de la fertilidad en el hombre. Esto, con la firme idea de incluirlo en los programas de planificación familiar, ya que se ha visto que ningún programa de este tipo podrá tener un completo éxito, si las actitudes y las responsabilidades de éste para afrontar este problema no son cambiadas.

Por lo tanto, las metas futuras de esta institución serán las de buscar nuevos métodos anticonceptivos y estudiar los resultados y las actitudes del hombre y de las mujeres ante la planificación familiar.

b) OBJETIVOS.

- Promover la adopción de las prácticas de planificación familiar considerando que, además de ser un derecho humano básico para la salud y el bienestar familiar y comunitario, propicia un balance adecuado entre la población, los recursos y la productividad.

- Colaborar con el Programa Nacional de Planificación Familiar desarrollando o promoviendo diversas actividades y estudios especiales de naturaleza innovadora, complementaria o suplementaria a las acciones gubernamentales en los siguientes campos:

- Investigación Biomédica en reproducción humana y su regulación incluyendo la búsqueda de nuevos métodos anticonceptivos masculinos y femeninos, temporales y permanentes, así como los efectos de los diversos métodos en las usuarias a corto, mediano y largo plazo.

- Investigación de los factores socioculturales, económicos y demográficos que condicionan la aceptación, el uso continuo o el rechazo de los métodos disponibles para llevar a cabo en forma efectiva, la planificación familiar.

- Desarrollo y aplicación de nuevas técnicas para la información, educación y comunicación en problemas de población y planificación familiar.

c) ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO.

La Asociación Pro-Salud Maternal, A. C., proporciona los

siguientes servicios en el

DEPARTAMENTO BIOMEDICO.

- Planeación Familiar.
 - a) Anticoncepción clínica.
 - b) Anticoncepción quirúrgica.
- Ginecología.
- Endocrinología
- Urología.
- Andrología.
- Laboratorio químico.
- Laboratorio citopatología.

DEPARTAMENTO DE EVALUACION Y ESTUDIOS SOCIALES.

Este Departamento participa activamente en:

- La formulación de propuestas para obtención de fondos.
- La planeación de nuevos proyectos.
- La supervisión del desarrollo de los proyectos biomédicos.
- La estructuración de programas de adiestramiento
- El diseño de material para pláticas y conferencias.
- La evaluación de cursos de adiestramiento.
- La presentación y publicación de resultados.

DEPARTAMENTO EJECUTIVO.

Lleva la función de contratar al personal que administra el presupuesto de la clínica en colaboración con el departamento de contabilidad. La Directora Ejecutiva coordina las labores del Departamento de Trabajo Social, Archivo Clínico, -- Contabilidad, Almacén y Mantenimiento, todos estos departamentos tienen el mando directo, sobre el departamento de Evaluación y Estudios Sociales, el cual actúa en forma indirecta sobre la Dirección Ejecutiva, recibe la información necesaria.

DEPARTAMENTO DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACION -- (IEC).

Este Departamento, en 1975, desarrolló un programa de -- cinco cursos, también de dos semanas de duración cada uno, en Adiestramiento en Planificación Familiar, a los cuales asistieron 84 Trabajadoras Sociales de diversas dependencias gubernamentales y escuelas de trabajo social.

En el año escolar 1974-1975 se empezó a impartir en la -- Asociación la Cátedra de Endocrinología de la Reproducción a los estudiantes del último semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Para cada ciclo escolar se han asignado un total aproximado de 100 -- alumnos, distribuidos en cinco grupos. Cada curso tiene una -- duración de cinco semanas. La Jefe del Departamento ha participado activamente en la organización y desarrollo de varios seminarios sobre educación sexual y diversos aspectos de la -- planificación familiar para Directores y Profesores de Escuelas de Trabajo Social. Además es Asesora Técnica de la Asociación Pro-Ayuda Familiar, A. C., de Atizapán de Zaragoza, -- Estado de México. Esta agrupación, cuyo establecimiento pro --

nió y apoyó APFIAM, adiestrando al personal encargado de -- los servicios clínicos y sociales, tiene como propósito principal brindar orientación, información y servicios de planificación familiar a las parejas de esa localidad.

Durante el último año se produjeron cuatro programas -- audio-visuales, que, en conjunto, forman un paquete motivacional e informativo para ser usado principalmente en grupos urbanos, de nivel educativo medio. El sistema utilizado consiste en diapositivas a colores, sincronizadas con sonido grabado en cinta o cassette. La característica principal de estos programas es el dinamismo logrado mediante imágenes y música modernas que contribuyen a fijar en el receptor las -- ideas sugeridas en la narración. Un total de 42 de estos "Paquetes" han sido ya distribuidos en México, Estados Unidos y América Latina.

Desde el establecimiento de los programas oficiales de -- planificación familiar, las acciones en el campo de la información y el adiestramiento han estado principalmente orientadas al personal que trabaja en ellos y a la población de -- usuarias potenciales o reales, permaneciendo al margen importantes grupos que podrían ser un valioso apoyo para estos -- programas. Ejemplo de tales grupos son los médicos privados, los farmacéuticos y los maestros que, sobre todo en el medio rural, desempeñan un relevante papel como modificadores de -- opinión en sus respectivas comunidades y áreas de influencia.

Estos grupos son blancos específicos de nuestro departamento y hacia ellos están siendo dirigidos gran parte de nuestras actividades y planes inmediatos.

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL:

Este Departamento es uno de los más importantes que tiene la clínica, ya que de él depende el funcionamiento de todos los demás. La Trabajadora Social tiene la responsabilidad de valorar el problema de la paciente y así elaborar un estudio económico-social, para poder ingresar al servicio solicitado por ésta.

En esta institución, la Trabajadora Social Médica, que es como se cataloga en este campo, debe trabajar junto con el médico, para que pueda manejar lo mejor posible el problema en todos sus aspectos, para las pacientes que se envían a planeación familiar, es decir, que deseen evitar sus embarazos futuros que pueden ser nocivos a la salud de la madre y de la familia en conjunto.

En la Planeación Familiar se ponen en práctica dos métodos de trabajo social, el Trabajo Social de Casos y el Trabajo Social de Grupo.

Cabe mencionar lo que es Trabajo Social de Casos según lo define Gordon Hamilton: "El trabajo social de casos se dedica al descubrimiento de recursos en el ambiente inmediato, y a la búsqueda de aquellas capacidades individuales que pueden ofrecer un vida confortable y llena de satisfacciones, desde el punto de vista económico y personal. Es el único método que en realidad, permite conocer mejor a las personas, y es la única forma de lograr mayor éxito al explicar un tratamiento social correctivo basado en el conocimiento psicossocial del individuo y las posibilidades de su ambiente".

Por lo antes mencionado el Trabajo Social de Casos seña-

la que el ser humano es capaz de pensar y hablar, tanto como de sentir y captar, lo que él pueda decirnos de su situación es el principal medio que tenemos para explotar, explicar y establecer una buena relación.

Los principios fundamentales se basan en la dignidad del individuo que expresaremos los siguientes: Aceptación, Auto-determinación o Autorresponsabilidad y Confidencialidad.

Estos principios pueden ser enunciados en forma muy simple, pero cuando se intenta aplicarlos en la práctica, cuando es posible apreciar cuán profundos son, y lo complejo y difícil que resulta su aplicación.

Al creer en el valor del individuo resultará más difícil aceptarlo tal como es, con todas sus potencialidades y fallas, sin crítica ni condena. También se le reconoce el derecho de tomar sus propias decisiones y de ser responsable de sus propios asuntos.

La aceptación es el respeto del paciente y en reconocer que se diferencia de todos los demás seres humanos, de que hay alguien cuyo interés por él es genuino y de que en realidad desea entenderlo y ayudarlo.

La aceptación del paciente se expresa por medio de la creencia de la Trabajadora Social en la dignidad innata del valor individual. Lo anterior se transfiere por medio del interés y preocupación de la Trabajadora Social y por la constancia de dicho interés a pesar de las reacciones negativas o la conducta desviada por parte del paciente. La aprobación del paciente no requiere decir aprobación de su conducta, pero debido a que el Trabajador Social se abstiene de criticar

y juzgar, el paciente se siente seguro al aventurarse junto con el Trabajador Social hacia un conocimiento más profundo de sí mismo y de su situación. La aceptación proporciona un clima propicio para que la confianza de otras personas se renueve y para que una mayor comprensión proporcione el ímpetu que lleva el crecimiento interior y al cambio.

Es así como la habilidad para entrevistar se basa en esta actitud profesional que se llama "aceptación". Esto significa saber aceptar al paciente tal cual es, sin tener en cuenta lo desagradable o poco simpático que pueda resultar para su interlocutor, sea cual fuere su conducta, hostilidad, carácter agresivo, dependiente o falta de sinceridad que manifieste. Esta actitud profesional puede solo proceder del respeto a la persona humana y de un deseo noble de ayudar a quien lo necesite. Este sentimiento o disposición se traduce por medio de una delicada cortesía, paciencia y agrado para escuchar, sin permitir desaprobación o criticar lo que el paciente pueda decir. La primera condición para una entrevista de esta clase es que la persona sienta que se le acoge bien y se encuentre a gusto, esto se consigue si el Trabajador Social se muestra atento, cordial y sin prisa.

EL PRINCIPIO DE AUTORESponsABILIDAD O AUTODETERMINACION

Este término ha sido escogido, ya que se desea hacer hincapié en el derecho que el cliente tiene de llevar a cabo sus propias decisiones y de asumir tanta responsabilidad como sea posible en lo concerniente a sus propias acciones, el paciente está sujeto a ciertas limitaciones que debe recono

cer. Entre estas se encuentran; su propia capacidad para ejercer esa responsabilidad; los derechos de otras personas, en especial aquellas que necesitan ser protegidas".

Al hablar del derecho de una persona de tomar sus propias decisiones, estamos reconociendo que tienen libertad de escoger lo que creen conveniente.

El sentido de la responsabilidad es una de las características que deben de tener los cónyuges para poder decidir el número de hijos que formará su familia.

EL PRINCIPIO DE CONFIDENCIALIDAD.- Preserva la información confidencial de un derecho básico del paciente y una obligación ética del Trabajador Social. Lo que dice un paciente al trabajador social, habitualmente va a dar al expediente del caso.

El principio de la confidencialidad cobra expresión en otras formas y a través de las otras personas que trabajan junto al trabajador social.

La información que se obtiene acerca de cualquier paciente es con el objeto de proporcionarle el servicio que solicita, en oficinas adecuadas en donde se pueda realizar entrevistas completamente privadas y el cuidado con el cual los archivos son llevados, de manera que no sean accesibles a personas no autorizadas de la clínica.

El principio de confidencialidad en la Planeación Familiar es muy importante, ya que las informaciones que dan los pacientes son muy íntimas y personales, por lo que la confi-

dencia es absoluta.

El paciente recurre a la Asociación Pro-Salud Maternal, A. C., por su propia iniciativa o puede ser canalizada a dicha clínica por médicos, Trabajadores Sociales y el 60% por referencias de otros pacientes.

El paciente que asiste a la Asociación Pro-Salud Maternal, A. C., se dividen en consulta de primera vez y subsecuentes. Las pacientes de primera vez son aquellas que solicitan el servicio de la Planeación Familiar y que van a iniciar algún tratamiento o algún otro servicio que proporciona la Institución.

La paciente de primera vez, es atendida por la recepcionista, quien le toma los primeros datos como son: nombre, dirección, la mide y la pesa. La paciente pasa primero con el Trabajador Social, a quien expone su problema y desea ayuda para resolverlo, y que, además, tiene una idea acerca de la función de la clínica, aún cuando algunas veces es errónea.

El trabajador social es el que tiene el primer contacto directo con la paciente, por lo mismo es su deber llevar a cabo la correspondiente e timación en que se encuentra la paciente y el problema que presenta. Sin embargo, es necesario decidir desde el principio, si el problema de la paciente corresponde a los servicios de la clínica, comentará con ella sus problemas y la orientará acerca de los métodos anticonceptivos, estos métodos son explicados en forma clara y sencilla para mayor comprensión de la paciente, quien elige el método según sus intereses y sus condiciones orgánicas. El alivio de la tensión debe preceder al ata-

que del problema. Algunas veces la tensión puede disminuir simplemente dejando a la persona que hable y que se desahogue.

Si la paciente es aceptada para recibir algún método anticonceptivo, el trabajador social llena una forma de admisión, que contienen datos del estudio socioeconómico de la misma, datos que servirán para fijarle una cuota de acuerdo con sus ingresos, ya que, el propósito básico de esta clínica, consiste principalmente en servir a la gente de bajos recursos económicos, para que estas personas puedan tener mayor aprovechamiento de sus ingresos en beneficio directo de los miembros de la familia y como consecuencia de un país.

Las cuotas asignadas a las pacientes, van desde exentas hasta \$ 50.00, también la Asociación Pro-Salud Maternal, A. C., cuenta con un servicio de consulta particular donde pagan desde \$ 80.00 a \$ 300.00 por consulta. A este tipo de servicio asisten personas de todas las clases sociales.

El trabajador social, trata de comprender no sólo el problema de su paciente, sino sus asuntos íntimos, tales como: problemas conyugales relacionados con la procreación, etc. La habilidad del trabajador social para transmitirle su aceptación, la comprensión y el estímulo para ayudarle a reforzar su confianza en sí misma es de vital importancia para un buen inicio.

La cortesía, es siempre importante, la forma en que el trabajador social, escucha puede convencer al paciente de que ella tiene interés en su problema y desea ayudarla.

El objetivo del trabajador social es lograr la partici-

pación activa de su paciente. Esto es importante por varias razones. Primero, el objetivo del trabajador social, es el de ayudar al paciente para que sea autosuficiente y capaz de manejar sus propios problemas. Segundo, la participación indica una responsabilidad mutua y el ejercicio constante de la responsabilidad ayuda a edificar la capacidad necesaria para ser autorresponsable por completo. Tercero, si al hacer frente a los problemas que previamente parecían agobiantes, el paciente es capaz de actuar en forma tan satisfactoria -- que resulta favorable, es una pequeña parte del conjunto, -- puede decirse que nace una nueva esperanza.

Los trabajadores sociales podemos orientar a los padres a que adapten el tamaño de sus familias, de acuerdo a sus -- condiciones de salud y estado económico, ya que estamos en estrecho contacto con ellos, y con frecuencia nos piden ayuda para resolver sus problemas más íntimos.

Los trabajadores sociales debemos considerar varios factores para ayudar a una pareja a decidir sobre determinado método, su capacidad para entenderlo y utilizarlo correctamente. Las convicciones religiosas, morales y sociales de la pareja y de la sociedad en que viven, desempeña un papel importante en la elección del método.

El servicio de Planificación Familiar, no cura a enfermos que padezcan algún trastorno físico o mental, sino que previene una serie de problemas orgánicos y sociales que podrían acontecer de una sucesión continua de embarazos, aquí el trabajador social debe conocer la psicología de la paciente que acude a este tipo de servicio, ya que van con un de--

terminado fin, el cual no es muy sencillo de aplicar por la diversidad de ideas que tiene la comunidad acerca de estos procesos científicos.

El temor al desarrollo del cáncer, creencia muy divulgada, consiste en pensar que los métodos anticonceptivos pueden causar infecciones o cáncer; este argumento ha sido con frecuencia aducido por los oponentes de la anticoncepción. La F.I.P.F. (Federación Internacional de Planificación de la Familia) no recomienda nunca ningún anticonceptivo hasta que se ha comprobado completamente que no tiene ningún agente carcinogénico.

Posteriormente la paciente es atendida por el médico, quien hace la historia clínica, realiza los exámenes físico y ginecológico, incluyendo la prueba de detección del cáncer (papanicolau), esto se hace con el objeto de detectar el cáncer precoz, este examen se les practica a todas las pacientes una vez al año. También asigna el tratamiento a seguir, el cual es explicado nuevamente en forma clara por el médico, quien responderá a las preguntas y dudas de la paciente, cuando estas no sean aclaradas por el trabajador social, por ser de origen médico.

Cuando el paciente presenta problemas cuya atención no está incluida en los servicios que proporciona la clínica, el trabajador social establece las conexiones necesarias entre la clínica y las instituciones convenientes con el fin de satisfacer las necesidades de ella, en el aspecto social, económico y moral.

Las pacientes subsiguientes son aquellas que asisten a la

clínica mensualmente, quienes son entrevistadas por el trabajador social, que realiza un informe mensual de la administración de los tratamientos que se proporcionan existiendo para ello una forma especial para cada tipo de tratamiento, su finalidad es ver el estado de salud de la paciente.

En lo posible se educa a las pacientes para que adquieran hábitos de disciplina en cuanto a citas, tratamientos y exámenes, con el fin de que la administración sea completa y para beneficio de cada una de ellas.

La planificación familiar es la forma de prevenir la concepción temporalmente por métodos que no interfieren con las relaciones sexuales. Muchas mujeres que han asistido a la clínica, han tenido hijos tan pronto han dejado de poner en práctica las medidas anticonceptivas que se les había prescrito.

El trabajador social es el encargado de manejar el expediente de cada paciente, vigilando las citas y los exámenes correspondientes, así como los datos que proporciona la paciente mensualmente, respecto a su tratamiento.

Tiene a su cargo también las visitas domiciliarias; en muchos casos, una visita al domicilio particular de la paciente puede ser más útil para la observación y comprensión de las circunstancias, que la entrevista que tiene lugar en la institución. No siempre es necesario hacer visitas domiciliarias. Las visitas siempre están especificadas con el objeto de saber la causa por la que ha dejado de asistir, así como en los casos en que es de interés efectuar determinadas investigaciones para el mérito, y en todos los casos en que el paciente reporta suspensión de tratamiento para

planear un nuevo embarazo. Tratando de convencer a los cónyuges para que posteriormente continúe con algún método anticonceptivo.

Las visitas domiciliarias pueden ser poco gratas al paciente por el hecho de que los vecinos suelen sospechar que se trata de una investigación, por lo que debe procurarse llevarla a cabo con toda discreción.

El marido y la mujer deben de estar conscientes de que el procrear, traerán al mundo hijos que deberán desarrollarse en condiciones óptimas de nutrición, de educación y de preparación para el trabajo, por consiguiente, los progenitores deben poder conservar la libertad para no procrear más allá de sus posibilidades, y guardar el derecho de limitar los nacimientos cuando lo juzguen necesario. Esta es en última instancia la razón de ser de la planeación familiar.

Existen dos maneras de planificar una familia. La primera: por convicción, consciente y razonada, basándose en el concepto de la paternidad responsable, desarrollada a través de la educación, de la cultura y del cumplimiento de los preceptos religiosos. La segunda; se realiza a través de una orientación bien proyectada, cuya acción pueda llegar a los que tienen una instrucción rudimentaria o elemental, pero que debe poder llegar igualmente a los ignorantes y a los que no saben leer.

La planeación familiar, no podemos considerarla como el privilegio de unos cuantos: como el privilegio de los ricos o de los instruídos, debe alcanzar a todas las clases sociales y con más urgencia a los humildes y los desamparados.

Un verdadero muro se levanta frente al Médico, el Educador y los Trabajadores Sociales; un muro de grosor insospechado: integrado por la ignorancia, el analfabetismo, la indiferencia, los prejuicios, el fanatismo y por último el machismo. Sin embargo, el hombre, será libre en nuestro medio, de tener los hijos que desee consciente de lo que está haciendo y saber, que puede elegir el plan que más convenga para el bienestar de su familia.

Por otra parte es necesario que el paciente sea capaz de participar en forma completa, mediante la comprensión y aceptación de todo lo correspondiente, lo cual debe realizarse con bastante orden.

TRABAJO SOCIAL DE GRUPO.

El trabajo social de grupo gira en torno a un "grupo": no se concentra en el individuo solamente. Hace hincapié en la educación, el desarrollo y el crecimiento cultural de los miembros del grupo. Se lleva a cabo con frecuencia mediante actividades voluntarias que se emprenden durante las horas libres, bajo la dirección de un trabajador de grupos. Aunque el trabajo con grupos ha preocupado a las organizaciones identificadas con el movimiento de asistencia social desde hace muchos años, el primer reconocimiento que se hizo de dicha labor, como un proceso de trabajo social, tuvo lugar en la segunda década del presente siglo.

El proceso del trabajo social de grupo concede la mayor importancia a las posibilidades de desarrollo y ajuste social del individuo, por medio de la acción voluntaria, y el uso de la relación con otras personas, dentro de un grupo, -

como medio de impulsar objetivos socialmente deseables. Este proceso es determinado por los objetivos de la organización-- las fuerzas dinámicas y los esfuerzos de ajuste hechos dentro del propio grupo; la destreza del trabajador social para observar e interpretar los esfuerzos formativos y de ajuste-- que se realizan dentro del grupo, y de la selección y aplicación de una técnica eficaz de trabajo, que se enfoque hacia-- resultados constructivos.

Tenemos conciencia de que los seres humanos no crecen -- aislados uno de los otros. Los niños nacen en el seno de una familia; posteriormente se unen a otros niños. Los adolescentes y adultos generalmente se unen a un grupo social de diferentes tipos, a través de la iglesia, de clubes, etc., siguiendo el deseo natural de compañía, de reconocimiento y de pertenencia. El trabajador social actúa como miembro de un grupo, tal como lo hacen los demás componentes del mismo.

El trabajador social de grupo se ocupa primordialmente a la relación entre los miembros del grupo y entre estos mismos. Las funciones del trabajador social son orientados por su comprensión profesional de la vida del grupo y por la necesidad de ayuda del miembro individual. Este conocimiento -- da oportunidad al trabajador social de grupo de prestar servicio profesional al grupo en general y a cada miembro individual del mismo.

En el servicio de la planeación familiar, no es utilizado en todas las formas el método de trabajo social de grupo; solamente el trabajador social efectúa motivación por medio de pláticas entre los pacientes con el fin de que asistan a

las conferencias y películas que se proyectan periódicamente para llenar las inquietudes y necesidades de educación y de interés a los cónyuges e hijos de ellos. Temas tales como:

- Anatomía y Fisiología de los Organos de la Reproducción (película).
- Educación Sexual: Aspectos Generales, Niños, Masturbación.
- Educación Sexual: Problemas Sexuales, Homosexuales, - Frigidez.
- Control de la Fertilidad, Métodos, (película).
- El Aborto Provocado (película).
- Detección Oportuna del Cáncer (película)
- Menopausia (película)
- Herencias y Niños Nacidos Posteriormente al Uso de Anticonceptivos (película)
- Consulta Pre-nupcial (película)
- Infertilidad (película)
- Enfermedades Venéreas Prevención, Diagnóstico y Tratamiento (película).

Al considerar la diversidad de problemas que se presentan en el seno del hogar, que conduce en cierto grado al mayor o menor desconocimiento en las decisiones y al hacer un cuidadoso análisis de estos problemas de la familia mexicana la Asociación Pro-Salud Maternal, A. C., ha elaborado este tipo de pláticas educativas, tomando en cuenta la aceptación e interés que se ha tenido en otras ocasiones.

Las pláticas educativas de la clínica tratan de alcanzar los siguientes objetivos:

- Proporcionar experiencias que integran las necesidades esenciales de los individuos que forman el mismo;
- Alentar las actitudes sociales y mentales saludables,-

por parte de cada participante hacia su lugar en el grupo y en la sociedad.

- Lograr habilidad en un oficio para llenar las horas de ocio;
- Proporcionar experiencias colectivas de efectos positivos, en lugar de actividades inútiles o destructivas.

La acción entre los individuos del grupo, al aprender a ser miembro de una sociedad, el comprender las existencias de opiniones y valores diferentes, el aceptar de buena gana las decisiones de la mayoría, son factores importantes en los valores creativos necesarios para el desarrollo de la personalidad, especialmente en los jóvenes.

INSTALACIONES.

El edificio donde está la APSAM ocupa un área de 762 M², distribuida de la siguiente manera:

- Dos salas de espera
- Once consultorios
- Cinco cubículos para entrevistas con trabajadoras sociales.
- Un laboratorio clínico
- Un laboratorio de citología y patología
- Una oficina del citólogo y del patólogo
- Cinco oficinas administrativas y ejecutivas.
- Una biblioteca técnica.
- Un archivo
- Una oficina de estadística
- Un departamento de Andrología: sala quirúrgica y banco de semen.

- Personal Directivo
- Director General
- Director Médico
- Directora Ejecutiva
- Personal Técnico
- Consejo Consultivo.
- Consejo Médico Consultivo
- Personal en General.
- Trece Médicos.
- Seis trabajadoras sociales.
- Cinco enfermeras.
- Cuatro técnicas de laboratorio
- Tres personas de estadística
- Veinte secretarías, administradoras y recepcionistas.
- FUNCIONAMIENTO: La Asociación funciona de las 8:00 A. M., a las 16: P.M., de lunes a viernes y sábados de 9:00 A. M., a 12:00 P.M.

C A P I T U L O I I

PROBLEMATICA ENCONTRADA EN LA INSTITUCION Y METODOLOGIA APLICADA.

Al hablar de motivaciones y conflictos queremos, en cuanto es posible, penetrar en el fondo mismo del problema humano.

Teniendo en cuenta un conjunto de publicaciones un tanto contradictorias, se llevó a cabo una investigación que tiene como base el contacto directo con las pacientes. Se ha hablado mucho, últimamente, de la limitación de nacimientos. Se ha llegado, incluso, a decir que la iglesia prohíbe el control de nacimientos. Esta afirmación lleva en sí una enorme confusión, porque se confunde control de nacimientos con limitación de nacimientos y, se identifica control de nacimientos con el uso de medios anticonceptivos mecánicos o químicos. Hay otra confusión cuando se habla del uso de la píldora se identifica con anti-conceptivo, cuando, en realidad la píldora tiene muchas otras funciones específicas.

Este capítulo se refiere, precisamente a las razones, a los efectos internos o externos y al modo de pensar de las pacientes que usan la píldora, la investigación obtenida no es parte de datos meramente de escritorio, sino de un conjunto de vivencias, de datos reales que son parte de la vida de las pacientes.

La iglesia siempre ha promovido el respeto a la persona humana y nosotros hemos querido llegar a la conciencia misma de cada paciente.

Por conciencia entendemos la actuación del entendimiento práctico que se manifiesta en un acto de decisión personal e incommunicable que compromete a toda persona. Si la iglesia, por tanto, promueve el respeto a la persona, por ese mismo hecho, promueve el respeto a la conciencia personal. Esto es de una evidencia tal que el Concilio Ecueménico Vaticano II, ha declarado la libertad religiosa. Aún cuando por ser estrictamente personal, no obstante es, por naturaleza social y no se puede hablar de una verdadera conciencia si no se tiene en cuenta al obrar la sociedad.

1) MOTIVACIONES.

Al hablar de motivaciones queremos descubrir que es lo que mueve a las mujeres a planear su familia.

Cuando se les pregunta a las pacientes por qué ya no desean tener más hijos, la respuesta casi invariablemente es: "Porque ya tengo muchos hijos y no tengo con qué alimentarlos ni educarlos".

La motivación que aparece en esta respuesta es sumamente profunda porque aún cuando en apariencia sea de orden económico, sin embargo, se trata de la educación integral de los hijos.

Esto supone, desde luego, que han llegado a la conciencia de que el ser madre no consiste sólo en traer hijos al mundo, sino traerlos de una manera digna del hombre.

Consideran la educación como una continuación absolutamente necesaria de la procreación y, por eso mismo, cuando, de acuerdo a las circunstancias personales, se encuentran imposibilitadas para cumplir con esta exigencia natural, se --

sienten desesperadas y recurren a todos los medios para poder lograrlo.

Cuando hablamos de educación integral nos estamos refiriendo al niño en su totalidad de cuerpo y alma.

Claro está que lo que inmediatamente ven las mujeres es el problema económico.

a) AMOR A LOS HIJOS Y PROBLEMA ECONOMICO.

Podría decir que en todas las entrevistas con las pacientes hay un factor dominante: "Muchos hijos poco ingreso económico".

Cuando yo les pregunto por qué han venido a la clínica, la respuesta casi invariable es la siguiente: "Porque ya tengo muchos hijos y no tengo con qué alimentarlos ni educarlos".

Me voy a permitir citar textualmente algunas de sus preguntas para que se vea la relación íntima entre amor maternal y problema económico y no se crea, jamás que lo hacen por egoísmo.

Caso 1.

La señora M. del R. de C., tiene 31 años de edad, su esposo tiene 39 y tienen 15 años de casados. Han tenido 12 niños y un aborto. Cuando yo le pregunté por qué había venido a la clínica me respondió: "Casi no trabaja mi marido, sólo se le va en beber y el día que se pone a trabajar es peor. Yo lavo pero ahora he dejado de hacerlo por la criatura que no me deja hacer nada".

Esta señora ha tenido un hijo cada año. Su esposo es un

alcohólico. Permítanme que haga una descripción de esta paciente. Llegó con una niña en brazos que no aceptaba nada de alimento porque tenía una infección intestinal. Ella tiene una apariencia de enferma. Me platicó que mientras estaba esperando a la niña que trae en brazos, su esposo la golpeaba mucho, la pateaba. Hubo un día en que tuvo que venir su suegra a quitársela porque la quería matar. Es un caso verdaderamente lamentable. Ella está sorda y tiene prácticamente -- que alimentar a sus 12 hijos y a su esposo. Ultimamente nadie le da trabajo porque le dicen que con la niña no puede hacer nada.

Ante este problema qué dirían o que actitud tomarían los que se dicen promotores de la vida? Le seguirían diciendo, o incluso le exigirían que cumpliera con lo que dicen que dice la iglesia, que hay que tener muchos hijos.

Caso 2.

La señora N.L. tiene 25 años de edad y su esposo 32. Tienen solamente 3 años de casados y solamente dos hijos. A mi pregunta: ¿Por qué vino a la clínica? me responde: "Porque nuestra situación es bastante dura y ahora creemos que no podemos mantener otra criatura. Lo que gana mi esposo apenas basta para renta, comer y vestir".

Caso 3.

La señora A. J. de G. tiene 39 años de edad, su esposo 52 y 23 años de casados, tiene 13 hijos y ella ha tenido dos abortos. Le hice la pregunta acostumbrada y me respondió: -- "Vine a la clínica no porque ya no quiera tener familia, sino porque ya tengo muchos y a unos ya los traigo desnudos. --

Lo que me dá mi esposo no es suficiente para tantos gastos.-- Estamos muy pobres. Ya no nos alcanza para darles de comer y pagar renta. Vivimos muy lejos porque por acá por México ya no nos quieren con tanto muchacho. Tengo una niña enferma de parálisis y un niño que además de estar enfermo de sus ojos es un retrasado mental. Tengo que salir a lavar ajeno para tener que darles de comer. Ya van 3 a la escuela primaria y usted sabe lo caro que es. Piden uniforme y cuotas, sólo por apuntarlos nos pidieron \$ 100.00. Casi por lo regular mis hijos no conocen los zapatos. A unos los traigo hasta sin calzones".

Caso 4.

La señora L. E. de R., tiene 29 años de edad, su esposo- 28, llevan 9 años de casados y tienen 6 hijos. Esta señora me dice: "Vine a la clínica porque ya tenemos muchos hijos y él gana muy poco. Mis hijos ya van a entrar a la escuela y ahí viene el problema. Además mi esposo es muy enamorado y anda con otras mujeres. Me llevó una hija que tuvo de otra señora y a ella si la saca cada 15 días, pero a mis hijos -- no; los está humillando. En esta situación para qué seguir teniendo hijos. Es mejor a tiempo poner remedio. Con lo que me dá mi esposo me las tengo que arreglar para que me alcance para todo. Claro, no les doy buena alimentación a mis niños, voy a la Merced a comprar lo más barato."

Podría seguir citando casos y casos, pero solamente quiero citar otro.

Caso 5.

La señora E. U. de Q. me dice: "Vine porque tenía los hi

jos muy seguido. Además, mi esposo gana el salario mínimo y lo primero que hace es, apenas cobra, ir a pagar a la pulquería y me lleva lo que le sobra y no me alcanza. Yo tengo, de lo que me lleva, que pagar renta, agua, luz y todo. Yo voy a los lavaderos públicos, pido lavadero y ropa para lavar y me la dan, pero como nos cobran por horas pues no puedo perder tiempo y mientras lavo, mis hijos se quedan solos. Los descuido. Hay veces que les voy a dar de desayunar a la una de la tarde, y de comer a las 8 de la noche. Hay veces que mis hijos se despiertan pidiendo pan y no tengo; tengo que salirme a buscar o a pedir para darles. Para qué quiero hijos que no teniendo qué comer se acostumbren a tomar lo ajeno y después sean unos malvivientes?".

Yo creo que después de haber convivido profundamente estas realidades humanas hemos podido constatar la relación íntima entre el amor de los hijos y el problema económico. Se nos podría tal vez decir que hemos entresacado los casos extremos pero yo podría asegurar, sin temor a equivocarme, que casi todas las madres que vienen a la clínica son un caso extremo.

Se ha afirmado en algunos artículos y entrevistas de periódicos que limitar los nacimientos es la expresión del egoísmo de nuestro tiempo. ¿No les parece que es una forma demasiado egoísta el juzgar lo que en el fondo es una entrega plena?

No quiero con esto decir que no haya egoísmo, sería tonto el afirmarlo sino, solamente quiero decir que la auténtica limitación de nacimientos es una exigencia del amor conyugal y,

ya hemos visto, que el amor es oblativo.

b) LIMITACION DE NACIMIENTOS Y EDUCACION DE LOS HIJOS.

Hemos afirmado al principio de este capítulo que la educación es la prolongación de la procreación. O, si se quiere, - que no puede haber verdadera procreación sin educación.

Decíamos también que esto es lo que la iglesia, hasta ahora ha puesto como fin primario del matrimonio, pero que está enraizado en la misma naturaleza humana. Esto lo vamos a constatar en las respuestas de puro sentido común de las pacientes.

Caso 6.

La señora C. Ch. me dice: "Ya no quiero más hijos porque salgo a vender con mi esposo y no puedo atenderlos. La cuestión no está en tener hijos, sino en educarlos. Yo creo que - los que tienen muchos hijos cometen una grave falta porque lo único que hacen es traerlos mendigando en la calle. Sin embargo, yo quiero mucho a mis hijos, porque no hay cosa tan bonita como los hijos, pero creo, en mi ignorancia, que hay que - tener los hijos que se puedan mantener y educar. Para qué - - traerlos al mundo nomás pa' que causen lástima".

Esta señora tiene 38 años de edad, su esposo 44, llevan - 22 años de casados y han tenido 16 hijos de los cuales sólo - viven 7.

Caso 7.

La señora E. S. de P., tiene 33 años de edad, su esposo - 40, 19 años de casados y tienen 12 hijos. "Vine a la clínica - porque ya no quiero tener más hijos. Ya son muchos y el chis-

te no está en tenerlos, sino educarlos. Me estudian 8 y todo el tiempo me he dedicado a mis hijos para que progresen, pues es la mejor herencia que podemos dejarles los padres".

Caso 8.

La señora L. J. de L. tiene 29 años de edad, su esposo 36, llevan 14 de casados y tienen 5 hijos.

De esta señora quiero citar completamente todas las respuestas que me dió aunque, tal vez, tengamos que volver a ellas:

No estoy contenta con el matrimonio. Ya no quiero a mi esposo porque se porta mal, anda con otras. Ya me acostumbré a esto tanto que ya ni lo tomo en cuenta, será porque ya no siento interés por él. Vine a la clínica porque ya no quiero tener familia, pues no tengo con qué sostenerlos, ya son cinco, para qué más... Ya con eso hasta me pasé. Si nadamás dos o tres... He pensado que la iglesia dice que no se pueden evistar los hijos, pero yo creo que es más pecado traerlos y no educarlos. El chiste no está en traerlos al mundo sino educar los. Yo no estoy de acuerdo con esas familias que tienen 10 ó 12 que los traen a medio vestir y comer haciendo de ellos solo limosneros y delincuentes. Muchos dicen que se usan pastillas para guardar la línea, pero esos no saben que hay algo mucho más importante por lo que lo hacemos: HUESTRO HOGAR: HIJOS Y ESPOSO."

Caso 9.

La señora V. C. de O. tiene 48 años de edad, su esposo 52, 27 años de casados, 8 hijos vivos y uno muerto. Esta señora -

me dijo: "Ya no quiero más familia porque ya son 8 y están es tudiano y no es traerlos al mundo sino llevarlos por buen ca mino, darles educación y que sean algo en la vida, para qué - tener tantos para que sean malvivientes. Yo sufrí mucho de ni ña y quiero que mis hijos no sufran. Tal vez otras madres no piensen esto, pero yo sí".

c) LA RELIGION Y LA PASTILLA.

Antes de citar textualmente las palabras de las pacientes quiero decir que, de las entrevistas sólo una se di jo no tener ninguna religión.

Son varios los problemas que van unidos a la religión y a la pastilla como, por ejemplo, un cierto complejo de culpabilidad que las lleva a separarse por completo de la iglesia. - Se siguen diciendo católicas, pero viven en una angustia cons tante propia del que se siente incomprendido. Si se les habla de que hay otros medios de limitar la familia permitidos por la iglesia no creen en su eficacia. Dicen que han tratado de hacerlo pero que su marido no coopera. Además, que es una cosa muy complicada.

No teniendo plena seguridad en el ritmo viven en la angus tia constante de un nuevo embarazo. Disminuye notablemente su libido y, si vienen hijos son mal recibidos.

Caso 10.

La señora M. T. M. de M., me dice: "Soy católica y sé que la iglesia prohíbe usar pastillas, algunas me dicen que ya es toy excomulgada, tal vez tengan razón, pero yo sigo mi con- ciencia. Ese temor ha hecho que no se presente más a la ige-

sia. Por otro lado, desde que uso las pastillas se me quitó ese temor y angustia constante a un nuevo embarazo. Hay amor entre mi esposo y yo y nuestros hijos. Siempre descubrimos nuevas cosas en el amor".

Caso 11.

La señora Y. G. de M., tiene 27 años de edad, su esposo tiene 32, llevan de casados 14 años, han tenido 6 hijos de los cuales cinco viven. Es católica.

Cuando yo le pregunté si su religión le permitía usar pastillas me dijo que nó. "Yo pienso que si Dios me castigara por evitar los hijos, me castigaría más si los trajera al mundo a dar lástima. Quiero los hijos, pero pienso que tener muchos es malo y que Dios me castiga más".

Caso 12.

La señora B. C. de C., tiene 33 años de edad, su esposo 35, 14 años de casados, con 7 hijos vivos y uno muerto, es católica. Esta señora me dice: "Sé que la iglesia no quiere que se use esto por eso no había venido antes, pero yo creo que está mal tener muchos hijos que no se pueden educar. Se cumple con la iglesia que dicen que quiere más hijos, pero se cae en otro mal más grave que es el de descuidar a los hijos que ya se tienen".

Caso 13.

La señora S. Z. de G., de 28 años de edad tiene un esposo de 32. Llevan 13 años de casados y tienen 5 hijos. Me dice: "Soy católica porque rezo a quien debo rezar y con relación a las pastillas de que no se pueden usar, yo creo que los sacer

dotes tienen razón en muchas cosas, pero ellos no van a remediar mi situación que tenga a mis hijos descuidados y sin carrera. Además, yo ya cumplí, tengo 5 hijos y mi salud no me permite tener más".

En la respuesta de esta señora hay un elemento que es común aún cuando explícitamente no lo manifieste: la conciencia personal de que han cumplido con su misión de madres después de haber procreado un número determinado de hijos.

Caso 14.

La señora A. M. de G., tiene 34 años de edad, su esposo tiene 31, tienen 13 años de casados y 6 hijos.

Aquí hay un dato característico y es que el marido es 3 años menor que ella. Esto ha creado en la esposa un cierto complejo porque su marido se vé mucho más joven que ella. Sólo viven unidos por lo civil, su esposo quiere que se casen por la iglesia, pero ella no quiere por la admiración que dice que van a causar a los que los vean, ya que se tienen que presentar con seis hijos y un esposo demasiado joven.

Cuando yo le pregunté su religión me dijo: "Soy católica pero con relación a las píldoras no he tenido ninguna inquietud ni escrúpulo al usarlas porque no soy practicante. Y creo que los que tienen muchos hijos que no pueden educar están haciendo mal porque entre menos hijos se tengan se pueden educar mejor, ya que teniendo muchos por dar a los pequeños lo que necesitan se descuidan los otros.

Muchos creen que tener muchos hijos es una cosa muy grande, pero yo creo que ese es el error más grande. Los católi-

cos practicantes nos condenan, pero yo pienso así y creo que si muchos pensarán lo mismo no habría tantos niños en la miseria, sin padre y sin hogar".

Siguiendo más o menos en la misma línea quiero citar el pensamiento de la señora D. C. de G. Tiene 35 años, su esposo 33, tiene 9 años de casada y dos niños. Esta señora es también católica y a mi pregunta de que si lo que estaba haciendo estaba de acuerdo con su religión me respondió: "La religión dice que hay que tener los hijos que Dios mande, pero mi criterio personal me dice que es mucho más pecado tener hijos que no se pueden educar. Claro que esto yo no lo discutiría con ningún sacerdote porque es un criterio muy personal. Yo creo en la confesión y todo, pero ya no lo he hecho. Además, yo no creo estar en pecado porque creo estar haciendo bien. Yo veo muchas familias que tienen muchos hijos y están casi en la miseria y que nunca van a la iglesia y recurren a ella para justificar tanta familia. Yo creo, realmente, que si cumplieran con la iglesia no tendrían tanto hijo. Consideran pecado evitar los hijos, en cambio les parece muy normal no cumplir con sus obligaciones de padres de familia. ¿No le parece esto una contradicción?".

La respuesta de esta señora nos hace pensar en una verdadera contradicción porque la iglesia no sólo pide la procreación sino la educación. Se recurre a la iglesia para justificar la procreación y se huye de ella para no cumplir con la educación.

Caso 15.

La señora M. de J. N. de P., tiene 31 años de edad, su es

poso 31, tienen 7 años de casados y sólo 2 hijos.

Voy a citar casi en su integridad la entrevista con esta señora porque, si bien es un caso extremo yo les aseguro que no es poco común.

Mi primera pregunta, cuando me dijo que solo tenía dos hijos fué la siguiente: Señora cómo le ha hecho para que después de 7 años de casada solamente tenga dos hijos? Y su respuesta no se hizo esperar: "Antes de venir aquí yo sola estuve haciendo trampitas para no tener tantos hijos. Es la primera vez que vengo a la clínica. Ya no quiero tener más hijos porque mi esposo tiene trabajo sólo por temporadas y él no se preocupa nada por su familia. Si como, si visto, si está enferma, bueno nada. Uno se casa para ayudarse mutuamente. Yo he vivido con la esperanza de que las cosas cambien, pero han pasado 7 años y siguen como siempre. La única solución sería separarnos, pero no lo hago por los hijos. Yo no he dejado de trabajar desde que me casé. Trabajo como costurera. Me dió --- gasto como un año y después como si no existiera. Desde entonces no me dá gasto. Cuando no tiene trabajo yo lo mantengo y cuando tiene él, gasta lo que gana porque a mí no me dá nada."

Le pregunté qué religión tenía y me dijo que era católica. Más aún añadió lo siguiente: "Según mi religión estoy haciendo mal al evitar los hijos, pero si me embarazo, tengo que seguir trabajando hasta el final, y después que tuve el hijo, - seguir trabajando para mantenerlo y con la pena de que le dejé solito que a la mejor cuando vuelva ya lo voy a encontrar muerto asfixiado. Bueno, es algo horrible.

Si estoy haciendo mal Dios me perdonará porque hay un mo-

tivo, pues el chiste no está en tener los hijos, sino poderles cuidar y educar. Yo sé que al irme a trabajar y dejarlos solos no los estoy educando bien, pero yo prefiero trabajar y dejarlos solos que dejarlos morir de hambre".

Como les decía parece un caso extremo pero las estadísticas nos demuestran que hay miles y miles de mujeres que están viviendo a diario esta terrible realidad. Sin tener en cuenta lo que en Sociología se llama la cifra negra, en México hay -- por lo menos unas 500,000 mujeres que tienen que sostener de todo a todo su hogar. Si tienen hijos dicen que no los tienen porque de otra manera no les darían trabajo. Si están casadas dicen a veces que no lo están porque las compañías deben dar-- 80 días a la mujer al tiempo de dar a luz y, claro está que es to a ninguna compañía le conviene.

Pero estamos hablando de religión y pastilla y vamos a con tinuar citando otros ejemplos:

Caso 16.

La señora M. G. de R., me dice lo siguiente: "Soy católica y como tal pienso que nuestra religión prohíbe usar pastillas, pero yo creo que el Papa debería dar su consentimiento. Yo -- pienso que los que tienen dinero no tienen por qué evitarlos, pero los pobres deben hacerlo. Nada menos en la colonia donde vivo hay mucha gente pobre que no tiene para dar a los niños-- lo necesario. Traerlos para darles una mala educación y que -- después sean de lo peorcito, eso nó".

Caso 17.

La señora A. E. J. de F., tiene 39 años de edad igual que

su esposo, llevan 20 años de casados y han tenido 14 hijos de los cuales viven solamente 9.

Quando le pregunté si la religión católica le permitía -- usar las pastillas me respondió lo siguiente: "Por los artículos que han salido me he dado cuenta que se deben tener sólo los hijos que se puedan atender. Ahora cuesta mucho atenderlos bien, porque no es tener los hijos sólo para que sean una carga a la sociedad.

Hay que enseñarles cómo deben ser, darles una carrera. -- Hay matrimonios que apenas ven a los hijos grandes los mandan a trabajar sin ninguna preparación. Eso no está bien, pues si el país va progresando, tienen que progresar sus habitantes. Yo creo que el hombre debe ser más que una bestia de carga. -- Que los hijos tengan una carrera para que no se queden como nosotros ni tengan las privaciones que nosotros hemos tenido. El mundo ya no es de los inútiles. Tener hijos es una gran -- responsabilidad y yo pienso que para lograr todo esto que he dicho es necesario limitar los nacimientos".

Esta señora nos dá otro elemento común que es el deseo -- profundo de que los hijos progresen.

Queriendo resaltar otro elemento también, a mi parecer -- muy importante quiero citar la entrevista de la señora R. E. E. de P. Tiene, igual que su esposo 31 años, 12 de casados y 9 hijos. Me dijo: "Vine porque va no quiero comprar tanto niño, porque no tengo lo suficiente para atenderlos. Actualmente es muy duro tener tanto niño. Soy católica y creo que estoy haciendo bien al usar las píldoras porque así Dios me dará la vida para ver crecer a mis hijos, porque si sigo com-

prando más a lo mejor en una de esas me muero y uno les hace-
mucho falta a las criaturas.

Los niños son muy bonitos y yo los quiero mucho, pero ahora no quiero tener más para poder atender a los que ya tengo. Yo no les pego a mis hijos porque así no se educan. Los niños se acostumbran a que les peguen y ya no hacen caso de nada, ya saben que todo se arregla cuando les pegan.

El elemento que quería resaltar es que las madres tienen conciencia de lo que ellas significan para sus hijos. Esta -- por ejemplo, piensa mucho en lo que sería de sus hijos si que darán huérfanos. Sabe que el calor materno es el mejor medio de educación familiar.

Como ustedes habrán notado subrayo la expresión "comprar los hijos". Esto me ha hecho pensar en el precio de un hijo.

En nuestro lenguaje ordinario utilizamos la palabra precio en un sentido comercial. La unimos generalmente, al costo de las cosas, sin embargo, ahí tiene también su significativo mucho muy profundo, porque precio va estrictamente ligado al valor de las cosas. El precio tiene, por tanto, como base un valor.

Cuando yo pregunto a las pacientes por qué vienen a la clínica me responden: "Porque quiero o porque no quiero comprar más hijos".

Es un eufemismo que el lenguaje ordinario utiliza para no indicar directamente el acto de procreación, sin embargo, en él se ocultan, tal vez, el sentido más profundo de la maternidad, porque el precio de esa compra es toda la vida de la ma-

dre: Dolores, desvelos, sufrimientos, lágrimas y también una enorme dosis de felicidad. Una felicidad que, a veces, sobretudo cuando no se ha entendido el valor social de la maternidad, se convierte en sufrimiento. Es el momento en que los hijos comienzan a pensar por sí solos y ya no quieren estar ligados a la madre como antes. Esto no quiere decir que hayan perdido el afecto materno, sino sólo que la separación es una ley de la vida.

El precio de un hijo es a veces la vida maternal de la madre, porque cuantas madres mueren al comprar un hijo.

Ahora bien, si precio va estrictamente unido a valor, -- aquí tendremos que hablar de valor en un doble aspecto:

a. El valor de la maternidad.

b. El valor del hijo.

En síntesis podemos afirmar que el precio del hijo es el valor de la maternidad y el precio de la madre es el valor -- del hijo.

Madre e hijo constituyen el precio que hace de la vida un gran valor.

Subrayé también otro término en este caso, aunque hubiera podido hacerlo en todos los demás. Es un término que indica -- el tiempo y que nos mete de lleno a la historia como factor -- determinante en la formación de la conciencia humana.

Para mí la historia no es otra cosa que el ser operante -- de los hombres unidos en una comunidad de destinos.

La persona con su razón y su libertad propias, es necesariamente solidaria de todas las otras personas. Sus decisio--

nes, por consiguiente, influyen sobre la totalidad del género humano. Por esta razón el hombre no puede pasar por alto las exigencias históricas si es que no quiere atentar en contra de la dignidad de los otros hombres.

El hombre es por naturaleza un ser social. Su sociabilidad le impone la obligación de procrear, pero a la vez le impone también la obligación de hacerlo humanamente. Si se dice que es anti-natural usar medios que desvirtúan el acto conyugal, lo es también tener hijos que no se puedan educar.

Caso 18.

En esta línea quiero citar la entrevista de la señora A. R. de R. Tiene igual que su esposo 31 años, 13 de casados y 6 hijos.

Después de que me dijo que era católica yo le pregunté si sabía lo que la iglesia decía acerca de las píldoras y me respondió lo siguiente: "Yo he venido y sé lo que dicen que es en contra de la naturaleza, pero la vida me ha hecho venir a pedir pastillas a pesar de lo que yo pienso. Un padre en unos ejercicios decía que era un pecado muy grande evitar la familia, pero las dificultades diarias me llevaban a hacer esto, sobre todo si mi esposo está de acuerdo.

Yo creo que es más pecado luego no poder darles lo necesario.

Cuando se tienen los hijos aunque sea con sacrificios hay que hacerlos estudiar, que tengan una carrera, que se especia-
licen porque yo ya sé lo que es pedir trabajo y no saber ha-
cer algo fijo."

muchos hijos. Yo creo que no es tan bueno tener muchos hijos, porque no se pueden atender a tantos.

Yo pienso que muchas personas necesitan tomar la pastilla y otras nó. Pero las que lo necesitan si no lo hacen creo que obran mal".

En esta respuesta encontramos, a la vez que una exigencia a seguir la propia conciencia, una distinción contra aquellas personas que necesitan usar la pastilla por problemas realmente de fondo y aquellas que no lo necesitan.

Al parecer se diría que esta señora trata de imponer su propia conciencia a las demás, sin embargo, a mi parecer, deja el uso o nó uso de las pastillas al criterio personal de cada persona.

EL AMOR MATERNAL COMO CRITERIO DE OBRAR.

Hemos afirmado anteriormente, que el amor es oblativo. -- Que es una entrega sin límite al esposo en los hijos. Tal vez si se juzgan superficialmente las respuestas de las pacientes se llega a afirmar, erróneamente, que no es el amor, sino el egoísmo el criterio que norma la actitud de las pacientes, pero si se trata de profundizar un poco en el corazón materno, tendremos que afirmar que es la generosidad la que las lleva a obrar así.

Veamos algunas respuestas.

Caso 20.

Tenemos por ejemplo, la respuesta de la señora N. L. de 25 años de edad con un esposo de 32 y 3 años de casados, tienen dos niños.

"Desde hace dos años ya no soy feliz, Mi esposo ha cambiado mucho, anda con otras. Con eso de que mi esposo se va con su amor apenas si me da \$ 15.00 diarios.

Usted cree que alcanza para los que somos? La mujer que anda con mi esposo es también casada. El esposo de ella ya le reclamó pero ellos siguen. Yo, qué quiere que haga. Tengo que aguantarme por mis hijos. Además de andar con ella toma y de que lo hace se pone imposible.

Tengo dos años de venir a la clínica y vine porque mi esposo me dijo que no quería tener otro niño y que si se lo daba me dejaba. Yo soy católica doctor, pero según mi criterio está bien usar pastillas porque con 5 niños ya para qué quiero uno más. Si usted supiera la pena que paso para darles de comer a mis hijos. Todos nos quedamos con hambre. De lo que me regalan voy vistiendo a los niños porque él no me dá nada, todo es para la otra. Con ella sale al cine, al teatro y a nosotros nos tiene descuidados. Todo esto me ha puesto muy nerviosa. Yo no me separo de mi esposo porque yo he vivido sin padre. Sentía muy vacía la casa y quiero que mis hijos no sientan ese vacío. Por ellos ofrezco mis sufrimientos".

Caso 22.

La señora R. R. de M., tiene igual que su marido 37 años. Han tenido 3 hijos de los cuales sólo viven 2. Tienen 6 años de casados.

Cuando hablamos de la religión y la pastilla, me dijo lo siguiente:

"Con relación a la pastilla han salido tantas cosas escri

pero seguramente el autor de ese artículo tenía solamente en cuenta el ambiente donde se mueve.

Muchas veces el ambiente en el que nos hemos creado y en el que nos hemos anclado nos impide ver los problemas reales de la gente sencilla. A veces los vemos, pero sólo para compadecerlos sin hacer nada por ellos. Y ojalá fuera esto tan sólo, porque a veces a esa gente sencilla que no tiene para pagar su médico particular, la vemos con desprecio mayúsculo só lo porque van arrastrando una existencia y luchan cada minuto por la vida.

La gente sencilla es la que nos interesa al igual que todos aquellos que usan los últimos vestidos de moda merecen -- nuestro respeto, y la razón es muy sencilla: No han perdido -- su dignidad de personas.

Después de haber citado, literalmente algunas de las respuestas, creo que no podemos acusarlas de egoístas, sino más bien inclinarnos ante ese amor tan grande que hace posible -- que soporten tanto sufrimiento.

EL ABORTO ES UN GRAN MAL.

Al hablar de las pastillas hemos visto cómo algunas pacientes dicen francamente que no están haciendo mal. Otras en cambio, dudan de la bondad o malicia del uso de la píldora; -- sin embargo, al tratarse del aborto, todas lo condenan.

Caso 23.

La señora L. A. de A., tiene como su esposo 28 años, llevan 10 años de casados y tienen 6 hijos: "Ni siquiera he pensado que estoy haciendo mal, porque uno sabe lo que sufre con

los hijos. Ya sabiendo como evitarlos es mejor que dejarlos - abandonados. Yo digo que es muy malo abortar porque está unom- matando una criatura inocente".

Caso 24.

La señora G. R. de L., tiene 29 años de edad, su esposo - 35, 13 años de casados y 5 hijos.

Cuando yo le pregunté si su religión católica le permitía usar pastillas me dijo: "Yo digo que usar pastillas no es malo, porque es antes de que se forme el niño. Solamente cuando ya está formado es muy malo deshacerse de ellos".

Caso 25.

La señora V. C. de O., que ya hemos citado anteriormente, durante 8 años utilizó el aborto como medio de limitación de la familia. Vive una gran angustia de culpabilidad. Entre - - otras cosas me dijo lo siguiente: "Dios me perdone por los -- abortos pero no podía más. Yo creo que las pastillas son me-- jor que los abortos y por eso vine."

Caso 26.

La señora G. V. de S., tiene 28 años de edad, su esposo - 36, llevan 10 años de casados y han tenido 8 hijos; de los - cuales se les han muerto 2.

Esta señora me dice: "A mi ver es preferible tomar pasti- llas y no hacer lo que hacen muchas: "tirar los hijos. Es pre- ferible poner el remedio antes. Dicen que es más pecado des- -- pués, pues entonces que sea más chico".

Las citas podrían multiplicarse pero yo creo, que para -- dar una idea de lo que la gente sencilla piensa acerca del --

aborto bastan las que hemos dado. En resumen ellas dicen:

- A) Que el aborto es un crimen;
- B) Que es un pecado muy grande;
- C) Que es un mal para ellas mismas.

QUE PIENSAN DE LOS SACERDOTES.

Solamente voy a citar los casos más expresivos:

Caso 27.

La señora S. Z. de G., me dice: "Los sacerdotes tienen razón en muchas cosas pero ellos no van a remediar la situación de que tenga a mis hijos descuidados y sin carrera".

Caso 28.

La señora E. S. de P., afirma: "Yo creo que no estoy haciendo mal porque estaría peor si estando embarazada lo tirara. Además, si yo voy con un padre a decir que no tengo gasto, no me dá para el gasto y si me dá, me dá \$ 0.20 como si fuera limosnera."

Caso 29.

La señora M. D. C. de G., me dice lo siguiente: "Sé que de acuerdo a mi religión estoy haciendo mal porque me he ido a confesar y no han querido confesarme, pero yo quisiera verlos con 9 hijos y viendo que piden pan y leche y no alcanza o no se tiene. Que andan sin zapatos o con la ropa rota porque no hay con qué comprarles. Además, si yo me he ido a confesar y no han querido, que ellos carguen con mi pecado".

Es muy común oír que desde que empezaron a usar las pasti

llas no se han presentado más a la iglesia. La razón es porque temen, además de ser incomprendidas recibir un fuerte regafio.

2) CONFLICTOS

El conflicto tiene como causa el choque de dos realidades concretas.

Teniendo esto como base vamos a analizar los diversos conflictos que se presentan en una mujer en busca de contraceptivos.

- a).- Conflicto creado entre la realidad personal y la --
apreciación que el marido hace de ella.
- b).- Conflicto creado entre la realidad concreta y la deseada.
- c).- Conflicto entre la prohibición eclesiástica y la vivencia familiar.
- a).- Conflicto creado entre la realidad personal y la ---
apreciación que el marido hace de ella.

La mujer se sabe y se siente con valores personales. El marido, en cambio, por lo general no le concederá otro valor que el de tener hijos.

Esta actitud destruye a la familia porque siendo consciente la mujer de que el único valor que se le concede es el de ser hembra y que por eso mismo es tratada como cosa, - rechaza al esposo y viene, entonces, la ausencia psicológica o física del padre.

Reaccionan de esta manera porque se sienten despersonal-

zadas. La mujer quiere ser aceptada por todo lo que es, - es decir, por su título humano, por todo lo que puede dar y no por unos cuantos atributos.

Aquí hay una deshumanización que crea un conflicto relacional entre esposa y esposo. La mujer vive la experiencia de ser tratada como un elemento de satisfacción meramente animal del esposo y aparece, en su subconciente un mecanismo de defensa.

La negativa del acto conyugal es la primera manifestación de este mecanismo o si acepta, por la intransigencia del esposo, el acto sexual le aparece como algo repugnante -- que termina por odiar.

El temor constante a un nuevo embarazo será otra de las manifestaciones de este mecanismo. Se defiende no sólo ya de la maternidad, sino del esposo. La llamada disminución de la libida entra, en el fondo, dentro de este mismo mecanismo de defensa, porque la mujer prefiere ser acusada de tener miedo y nó de que no ama.

b).- Conflicto creado entre la realidad concreta y la deseada.

En cada una de las entrevistas con las pacientes hemos encontrado un deseo ardiente de superación en todos los aspectos.

Esto es algo que las impulsa a luchar y sacrificarse, pero la imposibilidad de lograrlo crea en ellas un grave -- conflicto. Viven la angustia constante de no poder salir de la realidad concreta que bloquea su deseo ardiente de

C A P I T U L O I I I .

los lleva para adiestrarlos en las tareas agrícolas muchas veces exigiendo de ellos más de lo que su capacidad física les permite. La madre se queda en el hogar para atender a los hijos menores y los menesteres de la casa. Hay dos iglesias, la católica y la protestante, existiendo gran cordialidad entre todos los feligreses. Deseamos explicar que este grupo protestante se ha organizado con el nombre de "La Amistad" y que, además de proporcionar ayuda en la agricultura, tiene un pequeño consultorio que empezó a funcionar en enero de 1973 bajo la dirección del médico establecido en Tuzantla, que da educación, orientación y servicios de planificación familiar. Esto explica el que en un área rural haya conocimientos y actitudes favorables a la paternidad responsable. La cooperación a todos los niveles para hacer el estudio fué buena.

Cuautepec, Barrio Alto, D. F.: El Tepetatal, La Palma y Palmatitla están localizados al noroeste, en la periferia del Distrito Federal, quedando a sólo 15 minutos de Villa Gustavo A. Madero. Sin embargo, no hay drenaje ni agua, la cual compran y almacenan en grandes tambores sucios y oxidados que causan infecciones intestinales y parasitosis; es un lugar polvoso, lo que también provoca afecciones respiratorias en la población. En contraste con la población rural, las gentes aquí son negativas, sienten desconfianza hacia las personas ajenas a la comunidad y siempre asumen una actitud defensiva. En parte, su actitud se explica por el temor "de que les quiten su terreno que con mucho esfuerzo han adquirido". La mayoría de los habitantes de estas áreas han venido de la provincia, formando parte de la constante migración que nuestra ciudad recibe -gentes que vienen con la ilusión de tener una vi-

go de las entrevistas.

En el último día de adiestramiento las tres entrevistadas realizaron entrevistas de pruebas en el área semiurbana, con el objeto de hacer las últimas modificaciones al cuestionario y corregir errores.

Características de las entrevistadas.

a) Lugar de origen

El 13.5% de las mujeres del área semiurbana declararon ser nativas del lugar; el 10.5% había pasado la mayor parte de su vida en ciudades capitales de los estados antes de residir en esa comunidad, el 45%, en otras poblaciones del país y un porcentaje importante, el 31%, en diversas zonas del Distrito Federal. El promedio de años de residencia entre las no nativas del lugar fué de 5.5.

Un poco más de la mitad de las entrevistadas del área rural, 51.2% declararon ser nativas de la localidad, el restante 48.8% había pasado la mayor parte de su vida en poblaciones de provincia. El número de años de residencia en la comunidad para las no nativas fué de 12.4.

b) Estabilidad conyugal.

En ambas muestras las mujeres en promedio, contrajeron matrimonio a los 18.7 años de edad las del área semiurbana y a los 18.8 las del área rural; actualmente tienen 10.3 y 12.7 años de casados, respectivamente.

c) Religión.

Se encontró una marcada diferencia ya que en el área semiurbana solamente el 1% pertenece a una religión diferente -

de la católica, mientras que en el área rural el 15% es protestante y el 85% restante católica. Pensamos que la influencia de la religión protestante puede ser un factor importante en las actitudes hacia la planificación familiar. Es interesante señalar que, si tomamos como base la frecuencia en la asistencia a la iglesia o templo. El índice de religiosidad en ambas muestras es bastante alto; si se consideran como practicantes a aquellas personas que asisten a los servicios religiosos más de 24 veces al año, encontraremos que el 66.5% en el área semiurbana puede ser catalogado como tal en tanto que en el área rural este porcentaje es mayor, 83.8%; en general, el promedio de veces al año que asisten las entrevistadas a su iglesia es de 34.4 y 48.0. Esta diferencia quizás pueda explicarse por el hecho de ser una comunidad más pequeña, en que la iglesia constituye un centro social de reunión.

Es probable que en las áreas rurales la actitud personal del sacerdote ante la planificación familiar influya en la acceptación de un programa de ese tipo.

Otro índice de la religiosidad es el número de veces en que las mujeres comulgan al año y también éste indica que el grado de religiosidad es mayor en el área rural que en el área semiurbana. En esta última una de cada cuatro mujeres comulgaron 9 veces en promedio durante el año anterior, mientras que en área rural 7 de cada 10 lo hicieron 10 veces en promedio durante el mismo período de tiempo. Sin embargo, la frecuencia con que consultan al sacerdote o al partor sobre sus problemas personales es bastante bajo y similar en ambas muestras, ya que en la semiurbana el 66% nunca acude y en la rural el 67%.

d) Accesibilidad a servicios médicos:

La mitad de las entrevistadas en el medio semiurbano tiene derecho a servicios proporcionados por el IMSS o por el ISSSTE; de las restantes el 50% asiste ocasionalmente a servicios médicos del Departamento del Distrito Federal, el 6% a Centros de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el 9% a otros servicios y el 35% no acude a ningún centro asistencial.

En el medio rural el panorama es bastante distinto, ya que solamente una entrevistada manifestó tener derecho al Seguro Social; de las restantes el 22.4% asiste al médico particular, el 1.3% a la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el resto, 76.3%, no acude a ningún servicio⁺

e) Distribución por edad.

En la distribución por edades es evidente que la población semiurbana es más joven que la rural; en la primera el 58.5% de las mujeres es menor de 30 años y, en la segunda, el 41.2%. El promedio de edad fué de 29 y 31.5 años, respectivamente. Quizás esto se deba a que el área semiurbana, en donde se encuentra mayor grado de movilidad, es destino de migraciones generalmente constituidas por parejas jóvenes. (Grafica 1).

f) Escolaridad

Hay un gran contraste entre el nivel educativo de las mujeres de ambas muestras. En el área semiurbana el 77.5% de las + Es necesario aclarar que el Centro de Salud que antes funcionaba en esa localidad interrumpió sus labores temporalmente. Se nos informó que existía el proyecto de que la Secretaría de Salubridad y Asistencia estableciera un nuevo Centro.

mujeres tienen algún grado de instrucción y el 22.5% nunca -- asistió a la escuela; en promedio, su grado de escolaridad es de 3.4 años. En el área rural el 66.2% carece de instrucción y el restante, 33.8%, tiene entre 1 y 6 años de educación; el promedio de escolaridad para toda la muestra rural es de 0.9-años.

Respecto a los esposos de las entrevistadas, también hay una diferencia entre ambas muestras pero menos marcada que en tre las mujeres. En éstos, el 77.5% de la muestra semiurbana tiene algún grado de instrucción y el 22.5% no lo tiene; el promedio de años de escolaridad es de 3.7%. En los hombres en la muestra rural el 51.2% tiene algún grado de instrucción y los restantes, 48.8%, carecen de educación; el promedio de -- años de escolaridad es de 1.5. (Gráfica II).

g) Fecundidad actual:

El número de nacidos vivos entre las mujeres del área rural (6.5) es, como se esperaba, mayor que en las mujeres del área semiurbana (4.8).

El número de nacidos muertos 10.27 en la muestra rural -- es el triple, en promedio, que en la semiurbana (0.06) lo -- cual se explica por la diferencia de atención médica existente ya que las mujeres del área semiurbana tienen accesibilidad a servicios prenatales.

En cuanto a la frecuencia de abortos, las cifras encontradas parecen reflejar una subenumeración, sobre todo en lo relativo al aborto provocado. El promedio de abortos espontáneos fué de 0.6 y 0.4, respectivamente en los grupos semiurbano y rural. Respecto al aborto provocado, solamente una mujer

en la muestra del área semiurbana admitió haberse provocado - un aborto, en el grupo rural ninguna mujer reportó haber recu- rrido al aborto provocado.

Se investigó el número de hijos vivos actualmente, encon- trándose que el 4.8 nacidos vivos de las mujeres del área se- miurbana se reduce a 4.3 vivos actualmente y los correspon- - dientes 6.5 del área rural bajan a 5.4. El 36% de las mujeres del área semiurbana reportó la muerte de 1 a 5 hijos, en tan- to que para el área rural esta cifra fué de 57%.

5. Si consideramos como medida de la fecundidad actual el - número de meses que han transcurrido desde el último embarazo el intervalo para las mujeres del área rural que no están ac- tualmente embarazadas es de 6 meses y medio; para las del - área semiurbana 1 de cada 4 y, en el área rural 1 de cada 7.

TABLA 1
PROMEDIO DE NACIDOS VIVOS, ACTUALMENTE VIVOS,
NACIDOS MUERTOS Y ABORTOS

	Semiurbana	Rural
Nacidos vivos	4.84	6.54
Actualmente vivos	4.34	5.43
Nacidos muertos	0.08	0.27
Abortos totales	0.62	0.36

h) Ocupación.

Del esposo Se hicieron cuatro categorías, en las que se incluyeron todas las ocupaciones encon-

tradas, ellas fueron:

- Categoría A: constituidas por profesionistas, hombres de negocios y ejecutivos.
- Categoría B: maestros, técnicos especializados, empleados públicos de nivel medio.
- Categoría C: obreros calificados, técnicos, choferes, pequeños comerciantes.
- Categoría D: obreros no calificados y otros.
- Categoría E: campesinos.

Los esposos de las mujeres de la muestra semiurbana caen, en su mayoría, bajo las categorías C y D, completando el 97.5 de los casos el 1% correspondió a la categoría E; el 0.5% a la categoría B y no hubo nadie en la categoría A.

En la muestra rural la mayoría, o sea el 68.8%, correspondió a la categoría E como era de esperarse; el 18.2% a la categoría D y el 13% restante a la categoría C. No se encontró a nadie en las categorías A y B.

De la esposa El porcentaje de entrevistadas con recuperación remunerada fué comparable en ambas muestras, siendo un poco mayor en el área rural.

El 93.5% de las mujeres del área semiurbana no tienen una ocupación remunerada; en el área rural este porcentaje es - - 92.2%.

El bajo porcentaje ocupacional en ambas muestras probablemente es resultado del bajo nivel educativo. Por una parte de la falta de fuentes de trabajo, por otra un alto porcentaje, -

NO	93.5	92.2
TOTAL	100.0	100.0

i) Ingreso familiar.

El nivel de ingresos fué como se esperaba, bastante diferente en ambas áreas; la mediana semanal fué para el área semiurbana \$ 345.00 de ingreso familiar total, es decir, sumando los ingresos tanto del esposo como de la esposa o del algún otro miembro de la familia; para el área rural fué de -- \$ 102.50. (Tabla 3).

TABLA 3
INGRESO SEMANAL TOTAL

Ingresos en Pesos	Semiurbana %	Rural %
- 100	2.0	46.7
100 - 249	10.1	29.9
250 - 399	60.8	7.8
400 - 749	20.6	13.0
750 1299	5.0	1.3
1300 y +	1.5	1.3
TOTAL:	100.0	100.0
Mediana semanal	345.0	102.50

j) Situación actual:

Se preguntó a las entrevistadas acerca de su situación actual, comparada con la que tenía hace 3 años. Es interesan-

te hacer notar que el 54% de las mujeres en el área semiurbana consideró que estaba en peor situación ahora, en tanto que sólo el 13% de las del área rural calificaron su situación actual como peor. Por otro lado, el 23% de las entrevistadas de la muestra semiurbana consideró su situación actual mejor, -- mientras que en la muestra rural este porcentaje fué del 54%.

Respecto a la vivienda, es notablemente más alto el porcentaje de entrevistadas del área rural que tienen casa propia y/o no pagan renta: 93% contra 83% en el grupo semiurbano.

Tomando el radio y la televisión como medios de información, se les preguntó a las entrevistadas si tenían alguno de estos aparatos: el 10% de los hogares en el área semiurbana no cuentan ni con radio ni con televisión, mientras que este mismo índice es de 57% para el área rural. En el área urbana casi la mitad de los hogares, 47%, poseen radio y televisión; en el 54% de los hogares se encontró que hay televisión y en el 83% hay radio.

k) Actitudes hacia el tamaño de la familia y deseo de más hijos:

Se preguntó a las entrevistadas de ambas muestras acerca del número ideal de hijos para cualquier pareja de México y, -- además, el número ideal que ellas mismas desearían. Se encontró que en ambas muestras el número ideal personal era inferior al que ellas consideraron como ideal para otras parejas; el promedio considerado como ideal para cualquier pareja es -- más elevado en el área rural que en el área semiurbana --4.7 -- contra 4.3 hijos. Este número varió grandemente: entre las mu

jeros del grupo rural de 2 a 9 y, entre el grupo semiurbano, - de 1 a 11. Respecto al número considerado como ideal personal-ocurrió lo contrario, es decir, que en el área rural en promedio hubieran decidido tener menos hijos 3.5, contra 4.1 en el grupo semiurbano.

Pensamos que esto se debe a la labor de promoción y orientación que ha hecho un grupo que dirige Unión la Amistad.

Es interesante señalar que en el caso del área semiurbana el ideal personal es menor que el número de hijos vivos actualmente, 4.1 y 4.3 respectivamente. En el área rural esta diferencia es aún más evidente ya que el número ideal, 3.5, es considerablemente menor que 5.4 hijos vivos actuales.

Se les preguntó si deseaban tener más hijos de los que -- ahora tienen y fué sorprendente encontrar que, en ambos grupos, más de la mitad de las mujeres manifestaron que ya no querían tener un solo hijo más. Pero más sorprendente aún: el porcentaje de estas mujeres fué mayor en el área rural --79% contra 54% en el área semiurbana. Esto es en parte explicable por el hecho de que las mujeres en el área semiurbana eran más jóvenes que en el área rural.

Se confirma que ha habido una mayor promoción en el área rural, lo que ha debido influir en las actitudes.

Quizás estas altas cifras de no desear más hijos sean indicativas de la conveniencia de introducir métodos irreversibles para las parejas que ya no quieren tener un solo hijo -- más.

Respecto a la actitud de los esposos ante el deseo de más

familiar.

Se preguntó si alguna vez habían oído algo respecto a la planificación familiar. En el área semiurbana fué bastante mayor al número de mujeres que habían escuchado alguna vez algo (61%), en tanto que esto mismo fué manifestado en el 40% de los casos del área rural.

El área semiurbana recibe mayor información y comunicación escrita y masiva por estar en la periferia de la ciudad; en cambio, en el área rural la información ha llegado lentamente a la comunidad.

En forma accesible y a su nivel se les dió a las entrevistadas una explicación previa sobre lo que es la planificación familiar. A continuación se les preguntó qué opinaban, encontrándose que la inmensa mayoría de ambas muestras estaban de acuerdo y solamente el 3% en el área semiurbana y el 1% en el área rural no lo estaban -lo que puede considerarse como un índice de la actitud favorable que existe en ambos medios. También se les preguntó si estarían dispuestas a usar algún método anticonceptivo; las respuestas obtenidas indican que hay una gran disposición hacia el uso de métodos, especialmente en el área rural, en donde el 94% de las mujeres dijeron que sí usarían alguno; (en el área semiurbana el porcentaje fué de 82%). Luego se preguntó a las entrevistadas si creían que sus respectivos esposos aceptarían que usaran algún método, encontrándose también en ambos grupos un alto índice de aceptabilidad -82% en el área rural y 72% en el área semiurbana.

Un porcentaje considerable de mujeres en las muestras, -

sobretudo en la semiurbana, han oído alguna vez acerca de métodos anticonceptivos. En el área semiurbana las proporciones mayores corresponden a anticonceptivos. En el área semiurbana las proporciones mayores corresponden a anticonceptivos orales; 4 de cada 5, dispositivos intrauterinos; 6 de cada 10, -- inyecciones: 3 de cada 4. Es probable que esta última proporción esté artificialmente aumentada debido a que muchas mujeres pueden haber incluido inyecciones que son -- o piensan -- -- ellas que son- abortivas. Otro hecho notable es que de cada 5 entrevistadas conocen preparados, generalmente a base de -- yerbas, que se usan para provocar abortos. En el área rural -- es sensiblemente menor la proporción de mujeres que han oído- alguna vez de los métodos investigados, especialmente los efi casos (orales, dispositivos intrauterinos, inyecciones); el úni co caso en el que sobrepasan a las mujeres del área semiurbana es respecto al "retiro" -30 vs. 25--.

Hay una diferencia notable entre el número de mujeres -- que han oído alguna vez y las que han usado alguna vez en la muestra semiurbana; en tres de los métodos la proporción es -- considerable: más de la tercera parte de las que han oído del retiro manifestaron haberlo usado alguna vez, una quinta parte de las que han oído de los métodos orales dijeron haberlos usado alguna vez, y la mitad de las que conocían remedios a -- base de yerbas declararon haber hecho uso de ellos alguna -- vez. En el grupo rural, en general parece haber una mayor pro porción de alguna vez usarlas de varios métodos de las llama-- dos menos eficaces (preservativo, ritmo, retiro y lavado vagi nal); en el caso del retiro, 2 de cada 3 que habían oído lo -- han usado en alguna ocasión.

que habían aves como gallinas, palomas, etc., que se podrían usar tanto para una pequeña industria productiva como para establecer cooperativas o para el consumo familiar, proporcionando así a los niños una alimentación más adecuada a sus necesidades del crecimiento; las promotoras rurales podrían dar orientaciones para su cría y alimentación. Esto cambiaría la total dependencia de la mujer, mejoraría la alimentación familiar y la situación económica; también ocuparía más a la mujer ya que se ha demostrado que a mayor ocupación de la mujer, menos fecundidad.

Sugerimos que el Centro Regional localizado en Zitácuaro haga una verdadera campaña de motivación y educación para los habitantes del área rural.

Tomando en cuenta los deseos expresados por las entrevistadas, en el área semiurbana se podrían llevar a cabo programas de comunicación e información en reuniones privadas para parejas en casas particulares o en forma de visitas domiciliarias.

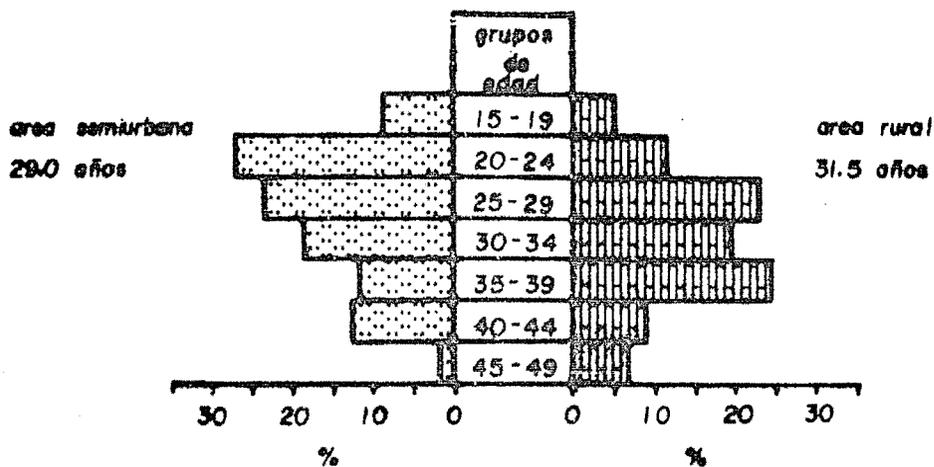
De acuerdo con los datos obtenidos en el área rural se podría dar la información preferentemente en forma de visitas domiciliarias y después organizar reuniones privadas para parejas.

Quedamos profundamente impresionados del entusiasmo y de la buena acogida que en las dos áreas se obtuvo, principalmente en la rural, la que demuestra que el conocimiento y la motivación de las mujeres en esta última área en parte son el resultado de la motivación personal del médico que hizo su servicio social en Tuzantla, no sólo como un mero requisito -

para presentar examen profesional sino con un sentimiento de-
justicia social; además consciente de su responsabilidad y --
con escasos recursos realizó programas de promoción social. -
Naturalmente, la magnitud del problema requiere tomar disposi-
ciones que incluyan una planificación cuidadosa y creemos que
es nuestra responsabilidad el dar opciones a estas personas -
respecto al número y al espaciamiento de los hijos y los me-
dios necesarios para lograrlo, estimulando así en la ciudada-
nía la formación de conciencia para una verdadera paternidad-
responsable.

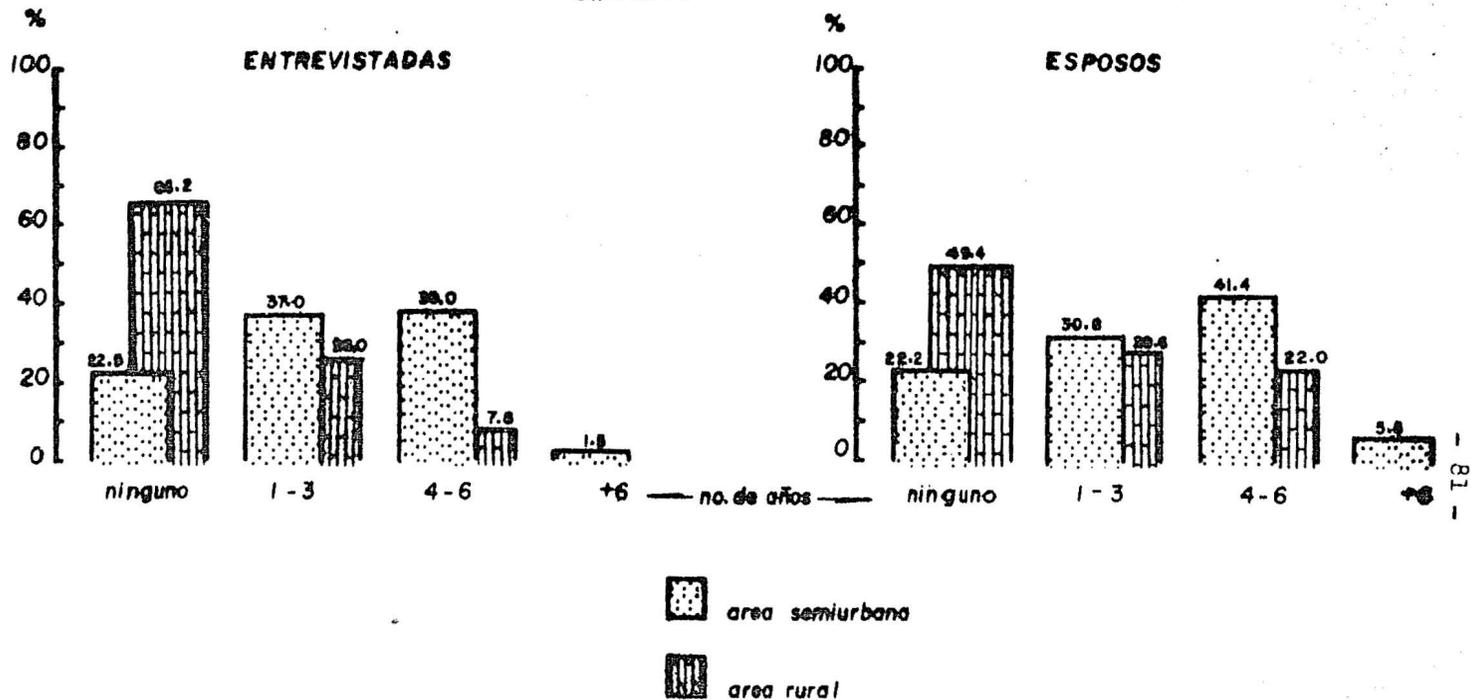
GRAFICA I

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR GRUPOS DE EDAD Y AREA



ESCOLARIDAD

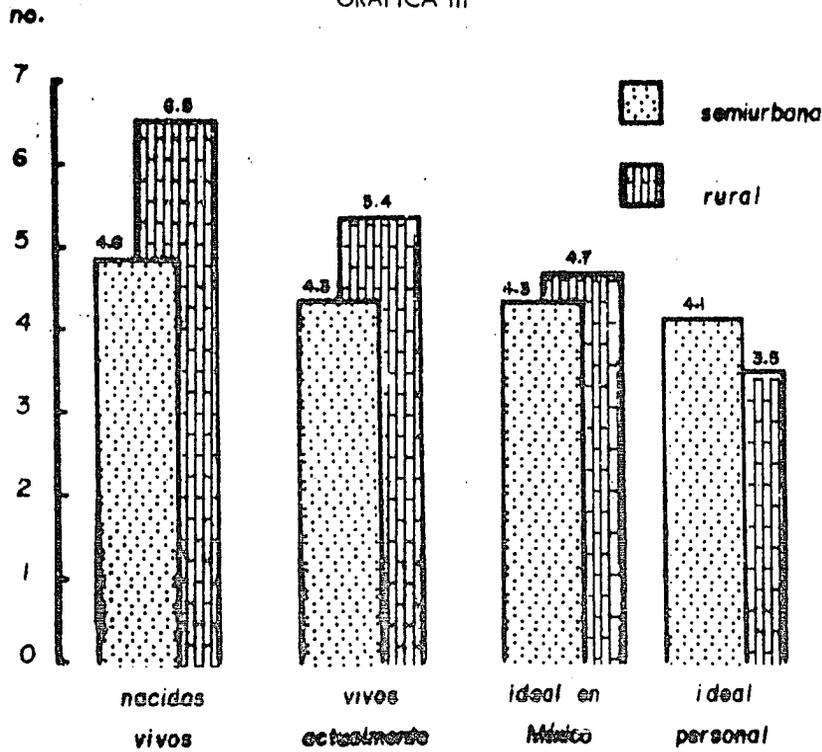
GRAFICA II



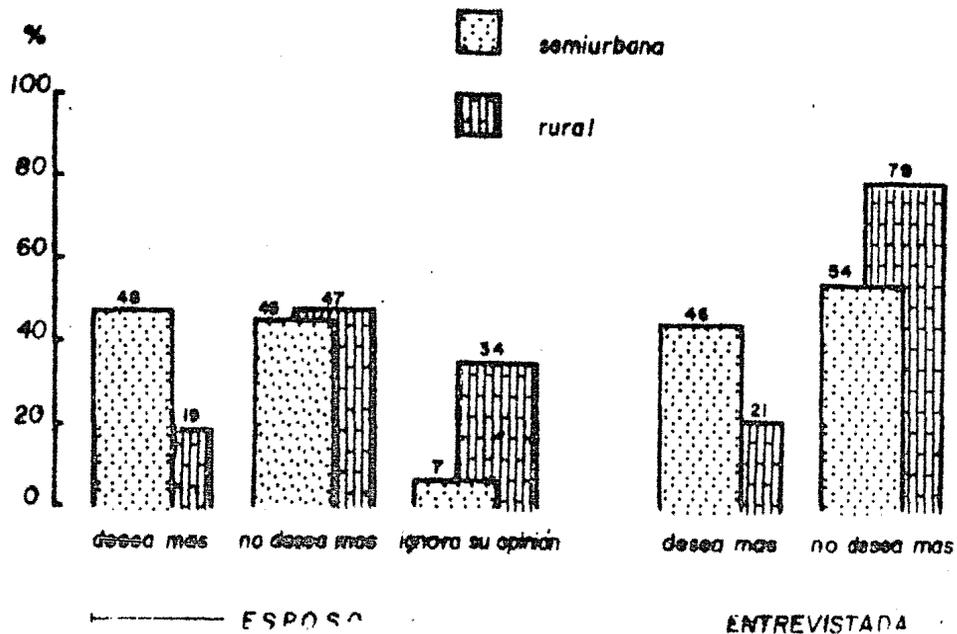
escolaridad promedio	semiurbana	3.4	semiurbana	3.6
	rural	0.9	rural	.

NUMERO DE HIJOS

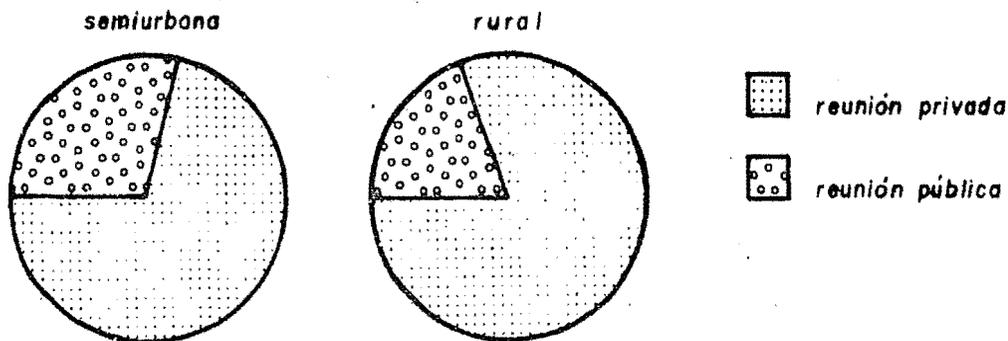
GRAFICA III



GRAFICA IV
DESEO DE HIJOS ADICIONALES



GRAFICA V
MEDIOS DE INFORMACION/PROMOCION PREFERIDOS



preferencia	area semiurbana	area rural
en 1er. lugar	reunión privada para parejas	visita domiciliaria
en 2do. lugar	visita domiciliaria	reunión privada para parejas

C A P I T U L O I V .

PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA PLANEACION FAMILIAR.

Si deseamos dar una contribución más eficaz a la planeación familiar, es imperativo analizar el papel que desempeña el trabajador social en este campo. En nuestra profesión se ha evitado, por lo general, una implicación directa en relación con la necesidad que tienen las madres de planear sus familias. No obstante que la función de esta profesión es la de orientar a resolver los problemas sociales, sus miembros no han querido asumir la responsabilidad de canalizar a las mujeres hacia servicios de planificación familiar.

La planificación familiar cae dentro del rubro de una adecuada atención médica y educación de la vida familiar y, evidentemente, incluye aspectos psico-sociales, todo lo cual significa individualidad, oportunidades y necesidades. El trabajador social no debe limitar su papel simplemente al de informar y referir a las pacientes a otras instituciones o a tomar medidas para lograr cambios en lo ya establecido.

Los trabajadores sociales deben aprender a tratar los problemas de planificación familiar en la misma forma en que abordan los otros problemas y necesidades de las gentes a quienes sirven. Deben indagar dónde se proporcionan servicios de planificación familiar en la comunidad, como también cuantas clínicas de salud, centros materno-infantil, hospitales, consultorios, médicos particulares y organizaciones afines se cuenta. En su contacto diario con las familias que solicitan servicios, el trabajador social fácilmente se percata de la necesidad que tienen de limitar el número de hijos. La mala salud de las madres y de los niños demuestran claramente

que el hacinamiento en las viviendas, la promiscuidad y la - carencia de servicios sanitarios producen condiciones de vida infrahumana: por una parte los padres de familia caen en la confusión de tratar de cubrir las necesidades del hogar - con un ingreso limitado y, por la otra, se crea el ambiente propicio para el abuso de los hijos (síndrome del niño golpeado), la delincuencia y los problemas de conducta, los conflictos maritales, problemas educacionales y abandono de la escuela, la ilegitimidad y los matrimonios precipitados entre adolescentes. Todos estos problemas tienen relación con los embarazos no deseados, lo cual implica, a su vez, la falta de orientación médica y de servicio social. El trabajador social debe estar preparado para abordar con tacto un obstáculo más; la planificación familiar tiene que ver con el - - sexo que, dentro de nuestra cultura, se considera como algo íntimo y personal y en lo cual entran en juego las emociones, las creencias religiosas y el pudor.

El trabajador social no desconoce los problemas que estas familias confrontan para obtener atención médica de cualquier índole y, por consiguiente, debe estar al tanto de todos los recursos existentes en la comunidad. Como parte de su trabajo de entrevistas, tiene que saber cuál es el momento apropiado de iniciar una charla con las pacientes referente a diversos aspectos de su vida.

Se ha dicho que algunos trabajadores sociales no solo se han sentido renuentes a hablar sobre la planeación familiar (con sus pacientes) sino que también pueden contribuir a una mala interpretación del programa al exagerar las complejidades de la planificación familiar. Estamos convencidos de que

gico, cuyos efectos repercuten no solamente sobre el hijo mismo sino en el equilibrio de toda la familia y en las relaciones entre los esposos. Sabemos mejor que nadie la forma rápida en que se reduce el nivel económico de la vida de la familia, de por sí ya pequeño, el necesitarse mayor cantidad de alimentos, ropa y otros artículos de primera necesidad para cada hijo que viene a aumentar el número de miembros. Hay datos que nos indican que cuando una familia crece y sobrepasa el límite económico del padre, peligran las relaciones y la estabilidad; el hombre puede volverse alcohólico, irresponsable, puede cometer actos delictuosos o bien abandonar en forma permanente o temporal a la familia. Conviene señalar que hay personas que aceptan una familia numerosa sin importarles las consecuencias en la pareja, la educación de sus hijos, o el problema que representan para la comunidad.

Debemos vencer la desconfianza e incertidumbre de la mujer en una etapa temprana de su vida reproductiva. Muchas parejas no han tenido ocasión de conocer los métodos para la planificación familiar y a veces sus conocimientos se limitan a métodos anticonceptivos inconvenientes, inseguros y a veces hasta primitivos.

No vamos a hablar del aborto pero deseamos mencionar que, de acuerdo con una investigación hecha por el Dr. Mateo Fournier, se señaló que es la mujer casada, después del segundo hijo, quien recurre al aborto provocado como medio para limitar la familia. Las mujeres del más bajo nivel socio-económico son víctimas de la injusticia; están siendo obligadas a tener hijos no deseados simplemente porque no hay servicios anticonceptivos a su alcance. Con cada nuevo nacimiento la familia pobre

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

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

- 11.- LEÑERO LUIS FAMILIA Y POBLACION. Instituto Mexicano de Estudios Sociales,- A. C. México.
- 12.- MENDIETA ALATORRE, ANGELES. TESIS PROFESIONALES, Editorial-Porrúa, México, 1970.
- 13.- PARDINAS, FELIPE. METODOLOGIA Y TECNICA DE INVESTIGACION EN CIENCIAS SOCIALES.- México, Siglo XXI Editores, 1970
- 14.- POZAS ARCINIEGA RICARDO TECNICAS DE INVESTIGACION SOCIAL, 2a. Edición, Manual Universitario, México.
- 15.- VARIOS AUTORES RECONCEPTUALIZACION DEL SERVICIO SOCIAL, Editorial Humanitas Buenos Aires, Argentina, 1973.
- 16.- WHITNEY, FREDERICK L. ELEMENTOS DE INVESTIGACION.- -- Barcelona, Ediciones Omega, -- 1963.