

138
2ej-

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



**ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE LA PLANIFICACION
FAMILIAR EN OBREROS DEL SEXO MASCULINO.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N:

ARACELI SOTO RAMIREZ

JULIETA GARDUÑO MARTINEZ

ASESOR: DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ

DIRECTOR DE LA FACULTAD: MAESTRO JAVIER URBINA SORIA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO D.F. MARZO. 1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION	1
1.- LA PLANIFICACION FAMILIAR	6
1.1.- Antecedentes Históricos de la Planificación Familiar	6
1.2.- La Planificación Familiar en México	22
1.3.- Demografía y Políticas de Población	31
1.4.- El Fenómeno Demográfico y su Relación con la Sexualidad	37
2.- SEXUALIDAD MASCULINA	39
2.1.- Concepto Integral de la Sexualidad	39
2.2.- Las Etapas del Desarrollo Psicosexual	44
2.3.- El Aparato Reproductor Masculino	53
2.4.- El Acto Sexual en el Varón	57
2.5.- Métodos Anticonceptivos en el Varón	60
3.- METODOLOGIA	67
3.1.- Planteamiento del Problema	67
3.2.- Hipótesis	69
3.3.- Variables	69
3.4.- Muestra	71
3.5.- Tipo de Estudio	71
3.6.- Diseño	71
3.7.- Lugar de Aplicación	72
3.8.- Descripción del Instrumento	72
3.9.- Procedimiento	73
4.- PRESENTACION DE RESULTADOS	73
5.- DISCUSION DE RESULTADOS	93
6.- CONCLUSIONES	97
7.- LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	100
8.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	101
9.- A N E X O S	106

INTRODUCCION

La planificación familiar resulta de la mayor trascendencia, porque se refiere a los aspectos más importantes del ser humano, como son la sexualidad y la transmisión de la vida misma.

La ignorancia del fenómeno de la sexualidad y la reproducción, han sido factores fundamentales del atraso de las sociedades, lo que impide su progreso y liberación. El desconocimiento de dichos aspectos han sido causa de vidas desperdiciadas, de pobreza, de frustración, de desaliento y abandono y en forma indirecta, de enfermedad y muerte.

Es así, que la humanidad ha llegado al punto en su evolución natural y social en el que la educación en planificación familiar, como parte de una educación sexual integral, es una necesidad imprescindible y un factor primordial para frenar la explosión demográfica y como consecuencia concomitante proporcionar mejores condiciones de vida a nuestros hijos y generaciones del futuro.

Para Kunii, Chojiro (1984), "El concepto de la planificación familiar y de los métodos anticonceptivos deriva del proceso de racionalización de la vida, por el cual los individuos deciden proteger la vida y la felicidad de su familia. Este concepto no fue establecido para el sólo propósito de controlar el crecimiento demográfico o los planes del gobierno. Por lo tanto los programas de planificación familiar deben poner más énfasis en los aspectos humanos".

Desafortunadamente, la mayoría de los programas de planificación familiar están primordialmente diseñados para la mujer. Las razones para esta orientación femenina es evidente: la amenaza que representa la procreación de una excesiva cantidad de hijos para la salud de la madre, el fuerte vínculo entre la planificación familiar y su emancipación como mujer, y la decisión política y práctica en muchos países en vías de desarrollo de ofrecer los servicios de planificación familiar a través de sus redes de atención de salud-materno infantil. "Si bien estas razones justifican el énfasis femenino para los programas de planificación familiar, en la práctica ha sido que los

hombres quedaron excluidos de muchos programas, ya sea deliberadamente o por negligencia" (Federación Internacional de Planificación de la Familia, 1989).

El concepto de planificación familiar involucra factores vinculados a la vida familiar y a la responsabilidad de la pareja, que van más allá de la regulación de la fecundidad, por lo que se necesita la cooperación de los dos. En la actualidad se está empezando a reconocer que el hombre es también parte indispensable e interesada en la práctica de la planificación familiar, porque su papel es determinante, ya que en la mayor parte de las sociedades el hombre es el principal encargado de tomar decisiones, y se espera que la mujer las respete (Worstell, M. 1987).

Las normas culturales varían naturalmente, pero por lo general la condición de dependencia económica en que vive la mujer respecto del marido le confiere a este gran influencia en las decisiones familiares más importantes. Este papel dominante del hombre suele extenderse al comportamiento de la pareja con respecto a la procreación. La opinión del hombre es muy importante en las decisiones que se tomen acerca del tamaño de la familia y la práctica de la planificación familiar (Shedlin, M. G. & Hollerbach, P. E., 1978).

En Nigeria, en un grupo de estudiantes casadas, una de cada cinco que no utilizaban un método anticonceptivo, manifestó que la razón para ello estaba en que su marido se oponía (Ojeifo, J. O. & Singh, B., 1984). En Indonesia, las investigaciones indican que la influencia del marido en la aplicación de la planificación familiar es fuerte, especialmente al principio del matrimonio (Survey Research, 1985). De modo que aunque la mujer esté en favor de la planificación de la familia, quizá no tome la iniciativa de emplear un método anticonceptivo sin el consentimiento del marido (Saraswathi, T. S. & Gupta, R., 1985). En muchos países la legislación o las directrices de los programas le impiden a la mujer obtener servicios de planificación familiar sin el consentimiento del marido (Council on Population Problems, 1982).

Las razones y los motivos que los hombres tradicionalmente argumentan para no asumir su responsabilidad en la planificación familiar son: que sus esposas se convertirán en mujeres promiscuas si tienen acceso a la planificación familiar, celos, competencia de cónyuges en los matrimonios polígamos, ya que cada una de las esposas compite con las demás para tener la

mayor cantidad posible de hijos de su marido para asegurarse la mayor parte de su herencia, preferencia por los hijos varones, creencia de que practicar la planificación familiar es actuar en contra de la voluntad de dios, necesidad de tener una familia numerosa para la seguridad en la ancianidad, creencia de que tener una familia numerosa es señal de virilidad, temor de posibles efectos laterales de los anticonceptivos, v.gr. esterilidad/impotencia causada por la vasectomía, alta incidencia de mortalidad infantil, y por último, saber que ocuparse de este problema es cuestión de mayor interés para las mujeres que para ellos. (Federación Internacional de Planificación de la Familia, 1989).

A partir de la segunda mitad de este siglo, la población mexicana, se ha incrementado en forma notable: siendo la tasa de crecimiento de la década de los setenta, una de las más altas registradas a nivel mundial, este crecimiento acelerado de la población repercute en una serie de niveles tales como la salud, la vivienda, el trabajo, la alimentación y algunos otros. Es pues necesario tomar medidas que permitan resolver dicha problemática, para lo cual se han planteado diversas soluciones, siendo una de ellas la regulación de la natalidad, apoyándose en los programas de planificación familiar. En la actualidad se reconoce plenamente la necesidad de la acción reguladora y la pertinencia de incorporar contenidos sobre población, sexualidad, familia y ambiente, en todos los niveles del sistema educativo.

La experiencia que se tiene en México, se limita a sólo unos cuantos proyectos de investigación, la mayoría de los cuales están enfocados a acciones educativas, promocionales o de atención a servicios de la salud. En estudios en los que se han investigado las causas para la aceptación o el rechazo hacia la planificación familia, la razón que la mujer dió más a menudo para practicar o no la planificación de la familia fue la actitud del marido (PIATA, 1979).

Los estudios acerca de la actitud hacia la planificación familiar en hombres es escasa y no es exclusiva del ámbito nacional, ya que según reportes mundiales de población, tal situación priva en otras regiones y países tan diversos como Estados Unidos, Hong Kong, Indonesia, Nigeria, Sudáfrica y Tailandia, en donde se ha encontrado que la actitud del compañero influye en la decisión de la mujer de recurrir o no a la planificación familiar (Supannatas, S., 1976). No

obstante, están surgiendo programas encaminados a estimular la participación del hombre en la planificación familiar y algunos de estos programas se desarrollan en el lugar de trabajo, para así llegar a los varones.

La actitud masculina hacia la planificación familiar ha evolucionado con el tiempo: en la actualidad cada vez más hombres se manifiestan en favor de la planificación familiar, así como de un tamaño de la familia menor, incluso algunos desean compartir y asumir la responsabilidad de las discusiones relativas a la planificación familiar. Se ha descubierto, que el hombre juega un papel importante en la decisión del uso o no uso de anticonceptivos, ya sea por él o por su pareja. Por lo que es muy importante, realizar investigaciones dirigidas a estudiar las actitudes hacia la planificación familiar de la población masculina, que considere al hombre como población objeto de estudio y no a la mujer, como la mayoría de los estudios realizados en este campo. Considerando que la conducta del varón con respecto a la función reproductiva, debe contemplar, no sólo los factores biológicos, que tradicionalmente se han considerado en los programas de planificación familiar, sino además los socioculturales, emocionales y económicos, que se interrelacionan en una concepción integral de la planificación familiar.

Aquí cabe hacer referencia al pensamiento de Kunii Chojiro, (1974). "Los seres humanos son por naturaleza ególatras. Dos son sus principales deseos: alcanzar seguridad económica y lograr una buena salud para ellos y sus familias. Si ellos ven que la anticoncepción les va a ayudar a alcanzar estos objetivos la van a utilizar, de lo contrario no van a aceptar ningún tipo de promoción".

Es importante señalar, que aún cuando se está elevando de manera importante la participación del hombre en la práctica anticonceptiva en México, la contribución del varón se mantiene en niveles aún bajos. Es por esto que en el presente estudio, pretendemos aportar datos que contribuyan a aumentar los conocimientos sobre el comportamiento masculino hacia la planificación familiar, considerándola dentro de un contexto global.

El trabajo está estructurado de la siguiente forma: La parte I describe la planificación familiar, desde sus antecedentes históricos tanto a nivel mundial como en México, así también su relación

con la demografía y las políticas de población y su relación con la sexualidad. La parte 2 comprende la sexualidad masculina, que contempla un concepto integral de la sexualidad, describiendo las etapas del desarrollo psicosexual, el aparato reproductor masculino, el acto sexual en el varón y los métodos anticonceptivos para el hombre. En la parte 3 se hace el desglose de la metodología empleada, para posteriormente presentar los resultados y la discusión de los mismos relacionándolos con el marco teórico; a continuación se refieren las conclusiones que se derivan de los resultados, así como su interpretación. Finalmente se describen las limitaciones del trabajo y las sugerencias para estudios posteriores. Por último se presentan las referencias bibliográficas y los anexos.

I.- LA PLANIFICACION FAMILIAR.

I.1.- Antecedentes Históricos de la Planificación Familiar.

Los deseos del hombre de controlar su fertilidad y no dejar la procreación de los hijos a la casualidad, se ha presentado casi universalmente a través de la historia en culturas y sociedades muy diferentes. Algunos de estos intentos han sido sorprendentemente racionales, considerando la carencia de conocimientos sobre la fisiología reproductiva humana. Otros intentos fueron mágicos, basados en supersticiones y tabúes.

Egipto:

El primer texto médico del que se tiene noticia se encontró en Egipto en 1899, se trata de un papiro llamado "Pétri" o "Kaun" y data alrededor de 1850 A.C., recomenando y publicado por F. L. Griffiths, quien en un principio pensó que las recetas anticonceptivas eran meras charlatanería, pero un examen ulterior demostró que tenían una base lógica. Una de estas recetas aconsejaba el uso de excrementos de cocodrilo mezclados con una pasta que servía como vehículo, usado como un pesario insertado en la vagina. Otra receta consistía en la irrigación de la vagina con miel y bicarbonato de sodio nativo natural, la miel se mencionaba con frecuencia en la historia antigua.

El segundo texto del primer período egipcio se encontró en Luxor en 1873, y data aproximadamente del año 1550 A.C., a este texto se le conoce con el nombre de papiro "Ebers". Este papiro contiene una serie de recetas médicas y here unos veinte metros de longitud. Refiere como receta un tapón de hilaza medicado, humedecido en jugo de acacia fermentada. Los brotes de acacia contienen goma arábiga, la cual, cuando se fermenta y disuelve en agua, libera ácido láctico, una sustancia frecuentemente usada en los espermaticidas a principio del siglo XX.

Se conocen otros papiros que contienen información sobre la fertilidad y su control. El más conocido es el papiro de "Berlín", que sugería la fumigación con yerbabuena (menta) para determinar si las trompas estaban bloqueadas. La prueba para saber si una mujer es fértil consistía en mezclar sandía con la leche de una mujer que haya dado a luz un varón. Esta mezcla debía ser machacada y administrada a la mujer después de examen; si vomita quiere decir que no va a concebir, pero si eructa dentro de poco quedará encinta.

El papiro "Ramasseum IV" aconseja colocar estiércol a excrementos de cocodrilo sobre fibras humedecidas en la abertura del útero. Además de estos métodos, los egipcios de este período poseían conocimientos de cirugía y se cree que practicaban la ovariectomía. Un bajo relieve en la necrópolis de Sakkara representa una especie de intervención quirúrgica que se lleva a cabo en los genitales del varón, probablemente la circuncisión.

En 1911, la Sociedad Alemana de Urología ("Deutsche Gesellschaftur Urologic") publicó una pintura con la leyenda: "Preservativo egipcio del siglo XXI" (1350-1200 A.C.), estos preservativos son utilizados por muchas tribus como protección contra la infección, lesiones y la picadura de insectos (Federación Internacional de Planificación de la Familiar, 1967).

Estas recetas y otras similares se transmitieron a otras civilizaciones y reaparecen en culturas posteriores, y en 1927 todavía las usaban en el Alto Egipto, entre estas se menciona la ingestión de semillas de aceite de ricino, así como ritos que consistían en el entierro de huesos de dátíl cubiertas con sangre del último parto. El zorro está también asociado con la fertilidad, se utilizaban las pieles como amuletos que se colgaban de ciertas maneras para influir en la fertilidad.

La Biblia y las Fuentes Talmúdicas:

La referencia bíblica, en el pasaje del Génesis, capítulo 38, cita el Coitus Interruptus, que dice lo siguiente: "Er, primogénito de Judá, fue malo a los ojos de Yavé, y Yavé lo mató. Entonces

dijo Judá a Onán: "Entra a la mujer de tu hermano, y tómalas, como cuñado que eres, para suscitar prole a tu hermano". Pero Onán, sabiendo que la prole no sería suya, cuando entraba a la mujer de su hermano, se derramaba en tierra para no dar prole a su hermano. Era malo a los ojos de Yavé, lo que hacía Onán y le mató también a él" (Cita del texto de la Biblia, Nacar-Colunga, Madrid 1966) Génesis, capítulo 30, versículos 14 y 15.

Este párrafo ha tenido diferentes interpretaciones. El "pecado" de Onán se emplea con un argumento contra la anticoncepción, pero de hecho en un principio se pensaba que el pecado de Onán consistía en que no había respetado la ley del levirato, que imponía en forma de matrimonio en las tribus primitivas y cuyas ventajas principalmente eran la protección de las viudas y los huérfanos que permanecían dentro de la familia.

La controversia sobre el coitus Interruptus duró varios años, era un método que tenía que llevar a cabo el hombre y como uno de sus deberes consistía en propagar la raza, se podía decir que constituía una violación del mandamiento de propagación.

Otros pasajes bíblicos menos conocidos contienen otras referencias a la fertilidad, en la historia de Raquel y Lía, las mujeres de Jacob; la mandrágora tenía usos médicos, en este caso se utilizaba para fomentar la fertilidad porque Lia quería tener descendencia. Se dice que la mandrágora se parece a los camotes o papas mexicanas, planta utilizada para la síntesis de las hormonas esteroideas.

El pueblo judío poseía conocimientos de hierbas para el tratamiento de los problemas de fertilidad. Era común que las mujeres tomaran la "copa de raíces" para hacerlas estériles. En la historia del Rabino Hiyva y su mujer Judit, se ilustra. Después de un parto difícil, Judit le preguntó a su marido si el mandamiento de la propagación se aplicaba también a las mujeres, el rabino dijo que no, a lo que ella tomó la raíz y se hizo estéril. En los tiempos del diluvio universal el hombre solía tener dos mujeres, una para la descendencia y otra para las relaciones sexuales, esta última solía tomar la "copa de raíces".

El rabino Yohanan, un médico sumamente habilidoso que murió en el año de 279 D.C., dejó la siguiente receta: Se mezclan goma alejandrina de la Spina Aegyptia, alumbre líquido y azafrán de jardín, cada uno en el peso de un denar. Tres copas de vino con esta medicina son buenas para la gonorrea y no esterilizan. Dos copas de cerveza con esta medicina curan la ictericia y esterilizan.

Grecia y Roma:

La primera referencia griega a la anticoncepción se encuentra en el libro de Aristóteles, "Historia Animalium", una obra científica escrita en el siglo IV A.C. Aristóteles decía en esta obra que: Algunos impiden la concepción untando la parte de la matriz en la que cae el semen con aceite de cedro, o con unguento de plomo, o con incienso mezclado con aceite de olivo".

Aristóteles creía que la suavidad de la mezcla impedía la concepción, pero hoy se sabe que el aceite reduce la movilidad de los espermatozoides (Federación Internacional de Planificación de la Familia, 1967)

En la escuela de Hipócrates, en los siglos IV y V A.C. se conocían varios métodos, entre los cuales figura una pócima en la que una sustancia llamada "Misy" se disolvía en agua y cuando la bebían las mujeres impedía la concepción durante un año.

Los escritores hipocráticos pensaban que para que tuviese lugar la reproducción eran necesarias una fusión de elementos masculinos y femeninos, y hacían recomendaciones diciendo que el semen debía ser retirado de la vagina, o que el semen debía ser expulsado mediante movimientos corporales.

Plinio el Viejo, un escritor de la época de los años 23 a 79 D.C., cita métodos mágicos: "Se extraerán dos pequeños gusanos de una araña, que tiene un cuerpo peludo y una enorme cabeza. Estos, con un trozo de piel de ciervo, se aplicarán al cuerpo de la mujer antes de que salga el sol

e impedirán la concepción".

Discórides en el siglo I D.C., tuvo gran influencia en Europa y en el mundo Islámico, ya que poseía conocimientos sobre algunos métodos anticonceptivos, de entre ellos se pueden mencionar:

- 1.- Sustancias que causan esterilidad: El árbol de la castidad. El fruto del cual "si se le bebe...reduce la leche y expulsa la menstruación. Las hojas de sauce desmenuadas y tomadas con agua causan también infertilidad.
- 2.- Pesarios medicados: Estos se podrían hacer con la mezcla de varias yerbas, colocándola antes de la cópula "a la entrada de la matriz".
- 3.- Unción de los órganos genitales con sustancias pegajosas.
- 4.- Amuletos y recetas: Los amuletos se hacían de sustancias que se podían emplear también como medicinas. Dos plantas que utilizaban eran: Espárrago, del cual "una infusión bebida le hace a uno estéril y no adecuado para la generación". Helionopim Europaem, que batido y untado remueve la menstruación y expulsa a los embriones".

Soranos de Efeso, año 98 a 138 D.C., practicó la medicina en Roma y se considera el Ginecólogo más importante de la antigüedad. Su relación de las técnicas anticonceptivas es la más brillante y original, antes del siglo XIX, Soranos distingue entre los anticonceptivos y los abortivos y menciona las indicaciones y contraindicaciones para su uso; un anticonceptivo no permite que tenga lugar la concepción, mientras que un abortivo destruye lo que ha sido concebido. Aunque incluye también recetas ineficaces hechas de vegetales, miel y aceites, ya mencionadas antes por otros escritores más antiguos. Soranos de Efeso confía en métodos más racionales, como por ejemplo: Tapones vaginales de lana y de sustancias de goma, soluciones astringentes para contraer el orificio vaginal, y hacer menos probable la fecundación, y también frutas ácidas y agrias naturales. También mencionó que la gente debería abstenerse del coito, en los períodos especialmente peligrosos, antes y después de la menstruación.

En el siglo VI D.C., Aetios de Amida, un médico de la corte bizantina escribió una enciclopedia médica, incluyendo dos capítulos sobre técnicas anticonceptivas. Aetios menciona el uso del vinagre y salmuera para lavarse los órganos genitales antes del coito. Estas sustancias son

fuertemente espermaticidas, y el vinagre no se vuelve a mencionar hasta que Charles Knowlton lo recomendó como lavado vaginal en 1832.

India:

Los cantos lírico-eróticos de los Vedas son muy antiguos y el "Kama Sutra" de Vatsyayana Mallanga, data del siglo IV D.C. A través de este tratado sobre el amor se difundió un conocimiento de lo erótico, así como ideas toscas sobre la anticoncepción. Estos escritos que aparecen a partir del siglo IV hasta el XVI aproximadamente, incluyen medicinas vegetales que deben tomar las mujeres, así como la creencia de que la pasividad durante el coito impide la concepción. La miel y el aceite se utilizaban para untar los órganos genitales y la fumigación vaginal con madera de "Neem".

Mencionaban medicaciones vaginales de sal de piedra o sal gema, así como tapones de semillas. Se recomendaba el coitus obstructus, esto se practicaba "apoyando firmemente el dedo sobre la parte anterior del testículo, pensando en otras cosas, conteniendo la respiración y al hacer esto se impedía una eyaculación demasiado rápida del semen".

China:

La mención más antigua de la anticoncepción en un texto chino es de Sub Ssu Mo, que murió en el año 695 D.C. recomendaba una mezcla de aceite y mercurio que debía freírse durante un día, debería tomarse con el estómago vacío e impediría la preñez para siempre sin causar lesión.

La mayoría de los escritos chinos consideraban la anticoncepción como más peligrosa y violenta que el parto.

El Islam:

Uno de los primitivos escritores del Islam, Al-Razi, en su libro "La Quintaescencia de la experiencia", contiene un capítulo con una colección de métodos contraceptivos. En primer lugar menciona el Coitus Interruptus; el segundo método consiste en impedir la eyaculación, y la tercera sugerencia consiste en utilizar alguna droga que bloquee la entrada o la expulsión del semen, como azúcar candi y sal de amoníaco, que han de utilizarse antes del coito.

Ibn Sina o Avicena, en el año 980 a 1027 D.C., se le considera como el científico más famoso del Islam, en su obra "Canon", contiene unas veinte recetas anticonceptivas, una de las cuales consiste en evitar el período favorable a la concepción, aunque no dice cuando cree él que ocurre este período. También menciona el coitus interruptus, los supositorios y saltar de siete a nueve veces; saltar hacia adelante hacía que el semen permaneciese, mientras que saltar hacia atrás lo expulsaba. La fumigación y el uso de aceite para untar los órganos genitales también se mencionan.

El coito durante la menstruación era, y es, prohibido por las religiones judía e islámica; no se oponía a la anticoncepción. No consideraba como humano al feto hasta que no tenía forma humana y por lo tanto no se prohibía el aborto.

Europa Medieval:

Chaucer, en el año 1400 aproximadamente, trata el tema de la anticoncepción en su obra "Cuentos de Canterbury". "Cuando uno impide la concepción de un hijo y hace yerma a una mujer bebiendo hierbas venenosas para que no conciba o cuando uno bebe un abortivo o usa instrumentos para producir el aborto y matar el hijo, o cuando se practicaban relaciones sexuales contra natura, ya sea coitus interruptus o coitus anal, o si una mujer se hiere a sí misma y mata el hijo, esto es homicidio" (Federación Internacional de Planificación de la Familia).

Alberto el Magno, 1206 a 1280 D.C., alude a métodos mágicos como escupir tres veces en la boca de una rana y comer abejas; sin embargo, describía también la anticoncepción en términos aristotélicos y enumeraba las causas de la esterilidad que incluyen defectos físicos, una posición incorrecta durante la cópula, micción dirigida después, y anafrodisiacos.

Arnoldo de Villanova, 1238 a 1311 D.C., resucitó la antigua idea de que los animales estériles, como la mula tiene algo que ver con la esterilidad humana, recomienda recetas mágicas como la fumigación de la vulva con el humo producido poniendo la pezuña de una mula sobre el fuego.

Frater Rudolphus, pensando que las supersticiones perjudicarían a la gente, les pide a los sacerdotes que exterminen esas supersticiones.

La práctica del coitus interruptus continuó, lo menciona Abate Brantome en "La vida de las damas galantes"; dice que los boticarios ayudaban a protegerse a muchachas solteras contra la preñez.

En la época medieval, la práctica médica se desarrolló en gran parte dentro del marco de la iglesia católica, que prohibía la anticoncepción. Por eso es evidente el olvido que sufrieron las técnicas anticonceptivas en la medicina posterior, con muy pocas aportaciones hasta casi el siglo XIX. No obstante, en el siglo XVI, un anatomista italiano, Gabriel Falopio, hace la primera descripción de un condón; la vaina hecha de lino se cortaba de tal manera que tuviera la forma de prepuccio. Falopio recomendó la utilización de este invento como precaución contra la sífilis, también fue utilizado para evitar el embarazo de las mujeres y se usó de manera general en los burdeles del siglo XVIII; aunque no pudo fabricarse en serie hasta que apareció la vulcanización a mediados del siglo XIX (Peel, John y Potts, Malcolm. 1979).

En 1790, además de los condones de lino, existían otros, hechos en una sustancia muy fina y delgada, hecha sin costura y adornos en el fondo con una cinta escarlata; esta sustancia muy fina era un intestino seco de cordero.

Madame de Sevigné (1626-1696), menciona estas vainas de piel de tripa de buey en una carta dirigida a su hijo. Los describe como "un armadura contra el placer y una tela de araña contra el peligro".

Casanova (1725-1798), utilizaba los condones no sólo para impedir la infección, sino para impedir la preñez de sus amantes: sometía a prueba el condón inflándole con aire. Les llama "preservativos que se han inventado para proteger al sexo bello contra el temor". Se queja que no le satisfacía "encerrarse en un forro de piel muerta para probar que estaba perfectamente vivo". Casanova también conocía como método anticonceptivo una bola de oro, que se utilizaba intravaginalmente, que no tenía ningún efecto químico, pero podía actuar de manera mecánica, aunque corría el riesgo de caerse debido a su peso. Menciona también el uso del limón para la infección en las mujeres y sabía que medio limón, extrayéndole el jugo constituía un diafragma aceptable.

Aunque el debate médico de los métodos anticonceptivos es muy antiguo, la justificación económico y social surge a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX. Se inician los movimientos en favor del control de la natalidad y esto trae consigo "campana para educar e informar a las masas". Se empieza a vislumbrar la idea de que si se practica la limitación de la familia durante un período largo, las ventajas económicas y sociales serían enormes.

Fueron pioneros los legos Jeremy Bentham, quien defendió el uso de la esponja para reducir la tasa de nacimientos de las clases pobres en 1797, y Thomas Malthus en 1798, que causó gran debate en respuesta a su obra titulada: "Ensayo Acerca de la Población". Sostenía la teoría, que la población tiende a multiplicarse más rápidamente que los medios de subsistencia y que el único medio de adaptar el crecimiento demográfico a la cantidad de alimentos disponibles es el vicio y la miseria. Es irónico que el movimiento del control de los nacimientos hayan sido llamado "Malthusianismo", porque Malthus era un partidario demasiado devoto de la moralidad tradicional como para ofrecer a nadie un método de gozar del placer sexual sin pasar penalidades (Federación Internacional de Planificación de la Familia, 1967).

Malthus en su ensayo, intentaba demostrar que la pobreza era inevitable y que era absurdo pensar en asistir a los pobres que nunca podrían mejorar su nivel de vida. La clase trabajadora no lo aceptaba, porque pensaban que Malthus quería exaltar a los ricos y rebajar a los pobres; y sabían que los argumentos de Malthus eran usados por los terratenientes para expulsar a los labradores de sus tierras. Malthus repudiaba los controles artificiales de cualquier clase y sólo aconsejaba la contención moral.

A principios del siglo XIX se propugnaban ideas excéntricas para resolver el problema de la pobreza. William Godwin en 1801, decía que el infanticidio era mucho más humano que condenar al recién nacido a una vida de vicio y miseria. Un seguidor de Malthus, el alemán C.A. Weinhold, tuvo la idea de "Infibular" a ciertas clases de varones; esta operación, que ya era conocida por los romanos consistía en estirar la piel del prepucio hacia adelante más allá del glande, perforando dos agujeros en ella, uno por arriba y otro por abajo e insertando un anillo cuyos extremos se soldaban y se cerraban. las víctimas de estos sistemas eran clases trabajadoras y todo soltero de 14 a 30 años que no tuviera medios suficientes para sostener una familia, y aún los mayores de 30 años seguirían llevando el anillo hasta que los tuvieran.

La comunidad fundada por Humphrey Noyes conocida como Comunidad Oneida, en Nueva York, tenía un sistema de posiciones comunales, según el cual cada hombre miembro de la comunidad era el marido de todas y cada una de las mujeres. La comunidad practicaba la continencia del varón como forma de anticoncepción, que consiste en coito normal, sin eyaculación del varón. El retorno a la flacidez tiene lugar dentro de la vagina. Después esta comunidad desapareció: Noyes era partidario de la fertilidad controlada, de los derechos sexuales de las mujeres y de la reproducción humana científica, ideas inusitadas para esa época. La Comunidad Oneida tenía una tasa muy baja de mortalidad infantil y mortalidad general; los padecimientos nerviosos también eran inferiores al promedio nacional.

En Japón, en 1827 aparece un libro erótico que mencionaba "El kyotai", que es un objeto que impide que el semen entre en la vagina, evitando de esta manera la concepción. En esta fecha se publicó un tratado de ginecología, en el cual F. A. Wilde expone diversas indicaciones para

la anticoncepción: trata del condón, de la esponja, del coitus interruptus y del diafragma.

En los Estados Unidos inició activamente un movimiento en favor del control de la natalidad. Este movimiento era dirigido por Charles Knowlton, y Robert Dale Owen, este último nacido en Escocia en 1801, y fue a los Estados Unidos a la edad de 24 años; escribió tres artículos y un folleto titulado "Fisiología Moral"; que trata de los argumentos sociales y eugenésicos para la planificación familiar, y en las primeras ediciones se recomendaba el coitus interruptus, el condón, y una recomendación de la esponja con ciertas reservas. Charles Knowlton, el otro "padre del control de los nacimientos" en los Estados Unidos, fue la primera persona encarcelada por defender el control de los nacimientos. Su libro "Frutos de la Filosofía" apareció en 1832, en este trabajo enfatiza el lavado vaginal y los métodos químicos. Este movimiento tuvo mucho apoyo por parte del sector médico, pero existió la interferencia de una ley que prohibía difundir por correo la información sobre el control de los nacimientos.

En Inglaterra, a mediados del siglo XIX, no se pudieron ignorar las reacciones de especialistas médicos y no médicos que recomendaban en forma pública la utilización de métodos anticonceptivos; ante autoridades médicas y religiosas se propugnaba por su utilización e investigación. Posteriormente en 1880, George Drysdale creó la primera "rama médica y científica de la liga malthusiana", que fue la primera asociación que pronunció conferencias en favor del control de la natalidad; sin embargo, logró atraer la atención de pocos médicos.

El movimiento holandés a favor de la anticoncepción tuvo particular importancia con Víctor Carel Gerritse y su esposa Aletta Jacobs. Ella fue la primera persona que abrió una clínica en donde se daban consejos para el control de los nacimientos. Gerritse era un liberal radical y Aletta Jacobs, veía en el control de nacimientos un arma poderosa en la lucha por la emancipación femenina. El trabajo de la doctora Jacobs aumentó y se crearon tres clínicas más en 1882. El período liberal concluyó y los partidos clericales de derecha subieron al poder y se pronunciaron contra la planificación familiar. Aletta Jacobs abandonó el movimiento desilusionada; siguió trabajando por las causas en que creía por medio de organizaciones políticas y culturales, pero en su memoria no volvió a mencionar la clínica.

María Stopes (1880-1958), impulsaba fuertemente el movimiento inglés; ella destruye muchas barreras contra el control de la natalidad. Había recibido buena educación, poseía amplia cultura con licenciatura en ciencias, con menciones honoríficas en botánica y geología en la Universidad de Londres, y un doctorado en Filosofía en la Universidad de Munich. Publicó un libro titulado "El amor en el matrimonio", en el que se trataban problemas sexuales y matrimoniales; tuvo éxito y más tarde escribió "Los Padres Prudentes", en el cual recomendaba el diafragma cervical.

En 1921, María Stopes y A. V. Roe inauguraron la primera clínica del Imperio Británico. María Stopes experimentó y adaptó varios métodos y se mantenía al corriente del trabajo de otros investigadores. El diafragma que ella perfeccionó era alto y de goma. No le gustaban muchos métodos porque creía que en momentos de pasión sobrevenía el "aprisionamiento coital". Creía que el glande quedaba prisionero en el cuello del útero, en cuyo caso, algunos métodos no podían ser eficaces, porque en esta situación se podían desgarrar o desplazar los aparatos anticonceptivos.

Pensaba que no se debía tolerar ningún método que no permitiera "la entrada, mezcla e intercambio mutuo de secreciones entre el órgano masculino y los órganos de la mujer. Rechazaba el condón, el coitus interruptus, el lavado vaginal y el período de seguridad.

Se produjeron grandes cambios en la opinión pública en Gran Bretaña en los años 20, y hacia 1922, el Dr. Drysdale pudo decir que había desaparecido la oposición organizada al control de nacimientos, a excepción de la iglesia católica romana, la cual se oponía con tanto fanatismo e intolerancia.

Aunque la limitación familiar fue aceptada en muchos países, en los Estados Unidos tuvo lugar una larga batalla de la cual Margaret Sanger (1883-1966), fue pionera. Su trabajo de enfermera, le permitió conocer los distritos más pobres de Nueva York, donde las mujeres vivían en condiciones desastrosas, aquejadas constantemente por la falta de salud. Se practicaba el aborto, del cual morían muchas mujeres. Publicó la revista "The Woman Rebel", con la doble intención de conseguir el apoyo para el feminismo y la anticoncepción militantes. La mayor parte de su

trabajo en esta época se basaba en el trabajo de Emma Goldman, anarquista notoria, aunque en sus exigencias de los derechos de la mujer Margaret fue mucho más allá que Emma Goldman.

Se prohibió la distribución por correo de "The Woman Rebel", y también encontró dificultades para imprimir "Family Limitation". Como se le acusó de nueve pretendidas violaciones a la Ley Federal y se le dió poco tiempo para preparar su defensa, Margaret Sanger prefirió irse a Europa, donde conoció a muchos y famosos partidarios del control de nacimientos, entre ellos Marie Stopes y Havelock Ellis. Emma Goldman, mientras tanto llegó a la conclusión de que había llegado el momento de emprender la acción, y comenzó a exponer en sus conferencias públicas, la idea de la anticoncepción; siendo detenida varias veces, mutilada y encarcelada.

Margaret Sanger regresó a los Estados Unidos y descubrió que la "Liga Nacional de Control de Nacimientos", había sido organizada por mujeres liberales; realizó una gira de conferencias durante tres meses; encontrando en ocasiones oposición, sobretodo de los católicos.

En 1916, Margaret Sanger inauguró la primera clínica de control de la natalidad en los Estados Unidos, en la ciudad de Brownsville, pero después de nueve días, llegó la policía y detuvo a Margaret Sanger, que fue sentenciada a treinta días. La revista "Birth Control Review", apareció por primera vez en 1917, mientras estaba en la cárcel. Margaret Sanger organizó muchas conferencias, una de las más importantes fue la "Conferencia Mundial de Demografía en Ginebra", en 1917. Fundó el "Comité Nacional en Pro de la Legislación Federal de Control de la Natalidad", en 1923.

Así fue como a partir del impulso que le dió Margaret Sanger a la necesidad de limitar la familia, que se crearon nuevos centros y organizaciones que la apoyaban, y se veían entusiastas de nuevas investigaciones para crear técnicas nuevas y mejores; interviniendo no solo médicos, sino sociólogos, investigadores y gente que se unían al movimiento. Como resultado del trabajo de Margaret Sanger en el campo internacional, se fundaron dos organizaciones, la "Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, y en 1948, la "Federación Internacional de Planificación de la familia" (Balp. Diaz Ma.1973).

Otro acontecimiento importante fue la aparición del "Journal of Contraception", editado por Abraham Stone y un consejo de especialistas, que apareció por primera vez en 1935 y se vendía al precio de un dólar por año. Su finalidad consistía en mantener informado al médico de los últimos acontecimientos y adelantos en el campo de la anticoncepción, tarea que se llevó a cabo excelentemente.

El advenimiento de los anticonceptivos orales, se inició en 1950 por el impulso de Abraham Stone, quién en colaboración con Margaret Sanger y el biólogo Gregory Pincus, vieron la posibilidad de crear un anticonceptivo ideal discutiendo su punto de vista ante el Comité de Investigaciones de la Federación de la Paternidad Planeada.

Por otro lado, ya se empezaba la investigación para curar la esterilidad en mujeres; al mismo tiempo que los laboratorios Syntex investigaban sobre las propiedades de la progesterona, hormona femenina secretada por el organismo. Al principio, las investigaciones fueron dirigidas a los animales y posteriormente a la mujer. "La píldora", fue evolucionando y a su vez se desarrollaron nuevas técnicas, y otras se perfeccionaron. En esta forma y en base a investigaciones intensas y complicadas se han logrado métodos anticonceptivos más eficaces y menos perjudiciales que los utilizados anteriormente (Kistner, 1971). Y por otra parte, la salud materno-infantil adquiere cada vez mayor importancia en los programas de planificación familiar en el mundo.

Chojiro Kunii, Director Ejecutivo de la Organización Japonesa para la Cooperación Internacional en Planificación Familiar, en "Un Enfoque Humanista a la Planificación Familiar" publicado en 1984, da especial importancia a los aspectos humanos y propone la integración de la planificación familiar con metas de salud. Menciona dos aspectos importantes relacionados con el problema poblacional. El primero es cuantitativo (tasa de nacimientos, tasa de incremento natural, etc.) y el segundo es el aspecto cualitativo (calidad de vida del individuo). El aspecto cuantitativo concierne principalmente a las metas de desarrollo social y económico, mientras que el cualitativo se relaciona con el individuo.

Propone varias maneras para promover la planificación familiar en el ser humano, entre estas

podemos mencionar:

a) Incorporar al concepto de planificación familiar, la salud materna, el adecuado desarrollo del niño y la felicidad familiar.

b) Los agentes de planificación familiar deben ser adiestrados para que enfatizen los beneficios de la planificación familiar, integrándolas con actividades como la extensión agrícola, orientación familiar y programas de salud.

En la actualidad, se han pronunciado diferentes tipos de políticas de todos los países del mundo en torno a la planificación familiar, algunas de ellas son pronatalistas y otras restrictivas, donde inclusive se prohíbe el uso de anticonceptivos.

El derecho básico de todos los individuos de decidir libre y reponsablemente acerca del número y espaciamiento de los hijos es de inserción relativamente reciente en el catálogo de los derechos humanos. Se enunció por primera vez en una reunión internacional cuando se ratificó en 1953 la Primera Constitución de la Federación Internacional de Planificación Familiar; posteriormente en 1966, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó en forma unánime ese derecho (Secretaría de Salud, 1986).

La Primera Conferencia Mundial de Población se realizó en Bucarest en 1974, donde se reunieron los representantes del 98% de la población de la tierra y se discutieron los problemas políticos-demográficos. El gran logro de esta Conferencia lo constituyó la aprobación unánime (con excepción de la abstención del Vaticano) del Plan de Acción Mundial sobre Población, donde se comprende una serie de recomendaciones acerca de políticas demográficas y, entre ellas, sobre Fecundidad y Familia (Secretaría de Salud, 1986).

En 1980, la Organización de las Naciones Unidas otorgo la sede de la Segunda Conferencia Internacional de Población a México, para ser realizada en 1984. El debate de 1984 se centró en la elaboración de recomendaciones prácticas basadas en un decenio de experiencia compartida en programas operativos. Se reafirmó la necesidad de una normatividad nacional en tres campos críticos: políticas integradas de población y desarrollo, programas ampliados de planificación

familiar y de salud, y mejoras en la condición jurídico-social de la mujer.

En el último decenio más de cincuenta países han reforzado sus leyes o políticas relativas a la fecundidad. Esto se debe en gran parte a que los programas destinados a influir en la fecundidad son parte integrante de los esfuerzos encaminados a promover el desarrollo social y económico.

El hecho de que los gobiernos presten mayor atención a los programas de planificación familiar se debe también a la influencia positiva que estos tienen sobre la salud materno infantil, así como a la necesidad de apoyar el derecho humano básico de determinar el tamaño de la familia.

1.2.- La Planificación Familiar en México.

Cultura Azteca.

La Cultura Azteca nos ofrece una síntesis de la historia de México anterior a la conquista.

En el mundo azteca se encuentra una superposición de culturas y tradiciones dentro de la Cultura Prehispánica. Los aztecas constituían un mundo cerrado, en donde cada casa, cada hombre, respondía a un orden cósmico que la englobaba y le da sentido. Pero a la vez, este orden cosmogónico no encontraba su fin en sí mismo, se explicaba por la existencia de un estado guerrero que desde sus orígenes había hecho de la guerra una forma de vida (CONAPO, Vol.1, 1982).

Las creencias y prácticas sexuales entre los aztecas encuentran su explicación en la forma particular que entendían su relación con el mundo que los rodeaba, es decir, en su Religión y Filosofía.

La evolución de los aztecas va desde sus orígenes y largas migraciones hasta desembocar en una sociedad compleja. Durante su migración, la vida de los aztecas era seminómada. Permanecían a veces largos períodos en las regiones fértiles. Después de establecerse en el Valle de México, surge la necesidad de tener un gobierno que pertenezca a la realeza tolteca; asciende al trono Acamapichtli. A partir de entonces se observa el desarrollo de una nobleza hereditaria que se atribuye un linaje diferente al resto de la población.

A principios del siglo XVI la sociedad azteca estaba dividida en diferentes estratos que sustituirían su organización sencilla por la compleja organización de un estado conquistador. Se le prestaba una importancia fundamental a la guerra, tanto en los aspectos materiales como ideológicos; y poseía una organización ceremonial sumamente compleja (CONAPO, Vol. 1, 1982).

Los aztecas tenían la idea que eran "un pueblo elegido para cumplir el destino del mundo". Debían realizar una misión trascendental de la cual dependía la continuidad del universo.

La misión consistía en un esfuerzo permanente por mantener el orden cósmico, situados al lado del Sol en su lucha diaria contra la Luna y las Estrellas, símbolos de los poderes del mal y de la noche.

Esta lucha cosmológica estaba impregnada de un fuerte contenido ético, donde lo sexual cobraba presencia y se revelaba. En esta lucha los aztecas debían combatir a las fuerzas del mal situadas al lado de la luz, del valor de la sobriedad y del dominio sexual es contra de las fuerzas de la noche, de la cobardía, de la embriaguez y de la incontinencia sexual.

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

La deidad más abiertamente dedicada a la sexualidad era Tlazolteotl, diosa del amor carnal, llamada también Tlaelcuani, Xochipilli era diosa de la juventud, de la música, de la danza, de las flores y del amor; y Xochiquetzal se reconocía como diosa de las flores y del amor, directamente relacionada con la fertilidad de la tierra.

La ceremonia más importante dedicada a Tlazolteotl consistía en la perforación de la lengua y las orejas tantas veces como pecados se hubiesen cometido. En honor a Xochiquetzal, se celebraba un rito que consistía en una danza en la cual los jóvenes iban vestidos de pájaros y mariposas y las mujeres de flores. Esta fiesta de la fertilidad representaba el acto sexual bajo el delicado símbolo de colibríes y mariposas penetrando las flores.

El Dios máximo de los aztecas fue Huitzilopochtli, quien personificó al Sol de Mediodía. Dedicados a su culto había grupos de mancebos que hacían votos de recogerse durante un año en la residencia sacerdotal del templo del Dios; entre las varias penitencias que tenían que

cumplir estaba la abstinencia sexual. Conectado con el mismo culto había un grupo semejante de mujeres denominadas "hermanas de Huitzilopochtli".

La represión social, particularmente la represión sexual en ella contenida, asumía en el mundo azteca formas singularmente trágicas. Entre ellas destacan una serie de males físicos que podían conducir hasta la muerte, y cuyas causas se atribuían a excesos sexuales, sobretudo de aquellos que se realizaban en honor de las deidades del amor y la fecundidad. Sobre los hombres que se desmandaban en las relaciones sexuales se decía que: "... mueren porque se vacían de toda la sustancia de su cuerpo y se secan, y mueren desechos y chupados" (CONAPO, Vol.1, 1982).

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

El matrimonio se resolvía entre las familias y de ninguna manera entre los individuos en particular. La elección del cónyuge estaba condicionada por los requerimientos económicos, sociales y políticos de las familias. La manera más ceremoniosa de realizar una boda suponía el uso de casamenteras. La petición de mano partía de la familia del joven y la mujer así obtenida se llamaba Cihuantlanque "mujer pedida".

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

En la sociedad azteca, el acto de la procreación tenía como fin último engendrar hijos sanos y robustos que pudieran convertirse en guerreros aptos para la lucha y en miembros útiles para su sociedad.

No obstante que las relaciones sexuales dentro de la familia azteca cumplían la función social fundamental de reproducir biológicamente a la sociedad, estas relaciones eran reconocidas como una necesidad vital tanto del hombre como de la mujer.

La legislación protegía a la familia, por ello las transgresiones que afectaban su integridad eran severamente castigadas, por ejemplo: el adulterio suponía la muerte para los del que lo cometían, aplastándoles la cabeza o apedreándolos. El divorcio estaba reglamentado, los tribunales autorizaban a un hombre a divorciarse si probaba que su mujer era estéril o descuidaba las tareas del hogar. La mujer por su parte, podía obtener el divorcio si demostraba que era golpeada con frecuencia y que ella y sus hijos habían sido abandonados por el marido.

No había hecho más temido para la mujer azteca que la esterilidad, y este era un fenómeno atribuido a una debilidad o una carencia estrictamente femenina: Sólo cabía la posibilidad de mujeres estériles, los hombres eran necesariamente fecundos.

El concepto que los aztecas tenían de la mujer no se reducía sólo a la fertilidad, sino también a la capacidad femenina de engendrar hijos sanos y fuertes.

Con el propósito de ofrecer mayores posibilidades de sobrevivencia a sus hijos, la sociedad azteca ejercía un cierto control de la fecundidad. Para ello utilizaban mecanismos entre los que se mezclaban los aspectos sexuales con experiencias religiosas y éticas. La abstinencia sexual practicada durante ciertos periodos rituales, una educación que inculcaban con insistencia, el control y la moderación sexual, el uso de algunas prácticas anticonceptivas a base de hierbas o brebajes y posiblemente la práctica del aborto, hacía que transcurrieran alrededor de tres a cuatro años entre el nacimiento de un hijo y el siguiente.

En lo que se refiere a anticonceptivos, algunas plantas se utilizaban con estos propósitos, entre ellos una hierbecita color claro llamada oxoxóquilitl, que a la larga producía esterilidad en los hombres y mujeres jóvenes que la consumían, careciendo de este efecto en las personas adultas.

Existía la diosa de la medicina y de las hierbas medicinales llamada Tlaxóteotl o toci. Se unía el conocimiento que tenían sobre las sustancias que causaban esterilidad con ritos, conjuros o brujerías para impedir la concepción. Por ejemplo, comer un colibrí disecado que en invierno permanecía colgado del pico de una rama causaba esterilidad. La mujer que olía una flor llamada

Cuetlaxochitl, o se sentaba en ella o la pisaba, evitaba que se embarazara; al igual que aquella que comía carne de jaguar.

La diosa Temazcalteci era adorada, entre otros, por "...las que daban hierbas para abortar..."

En relación al espaciamiento de los hijos, las madres "dábanles cuatro años leche, y son tan amigas de sus hijos y los crían con tanto amor, que por no tornarse a empreñarse entre tanto que les dan leche, se excusan cuanto pueden de ayuntarse con sus maridos". (Zorita Alonso de, 1963)

El parto entre los aztecas era considerado como una especie de combate, en donde las mujeres asumían el papel de guerrero, de ahí que al momento del parto se llamara momento de la muerte. En el momento de recibir al niño, la partera emitía un grito de guerra, porque esto significaba que la paciente había vencido, puesto que el nacimiento de un nuevo ser se equiparaba a la captura de un enemigo en el campo de batalla.

La fecundidad era muy valorada por diversas razones: Por una parte así lo requería la expansión militar y el sistema económico; y por otro la fertilidad humana. lo mismo que la de la tierra y los animales, se consideraba un don de los dioses, un hecho al mismo tiempo natural y sagrado, y por lo tanto valioso y deseable. De ahí la valoración que se hacía de la maternidad, al grado de conceder a la mujer que moría en el parto los mismos honores que al guerrero muerto en batalla (Sahagún Fray Bernardino, 1979).

En toda la educación impartida, en la escuela, en la familia, en las ceremonias religiosas, etc.; un principio permeaba todo el aparato ideológico de que se nutría la sociedad azteca, este era el de la "justa medida" y el "momento preciso".

La vida sexual que es uno de los ámbitos en los que se refleja el conjunto de relaciones sociales y de poder, estaba sujeta a un conjunto de reglamentaciones morales, cuya característica fundamental era la moderación.

La educación y formación de los hijos estaba a cargo de la familia en los primeros años de vida;

y posteriormente en manos del estado; que en casos era dura, como correspondía a un pueblo guerrero.

A través de la educación, la sociedad azteca también preparaba a hombres y mujeres para desempeñar sus respectivos papeles en la sociedad. Desde los primeros momentos de su vida el hombre quedaba consagrado al destino de guerrero y la mujer al de las labores del hogar. Más ó menos alrededor de los seis años, los varones aprendían a trabajar la tierra, a pescar y a conducir canoas; por su parte las niñas aprendían las labores de la casa, el hilado de algodón y finalmente el manejo del telar.

En las diversas instituciones sociales, entre ellas la familia, el lugar predominante era ocupado por los hombres, que gozaban de ciertos privilegios; por ejemplo: los hombres podían practicar la poligamia si estaban en condiciones de mantener varias familias.

La formación de un ciudadano azteca no se reducía al ámbito familiar. El estado impartía una educación formal o intencionada, a través de dos tipos de escuela: el Calmecac y el Tepochcalli.

El Calmécac era un especie de monasterio donde predominaba la formación religiosa y estaba reservado para los hijos de los nobles y comerciantes; tenían una disciplina severa y llena de restricciones de tipo sexual, donde la dureza y la abstinencia eran la regla.

El Tepochcalli, estaba consagrado al dios Tezcatlipoca, y la finalidad de su educación era la formación de tipo militar.

La educación sexual se impartía en forma explícita, por ejemplo: en los consejos que una madre daba a su hija se encontraban con una serie de reglas de comportamiento relacionadas con la sexualidad: se les inducía a usar vestidos honestos, sin adornos, y no llamativos, a no maquillarse porque eso correspondía a mujeres mundanas; a conservar su virginidad para merecer el aprecio de quien las solicitara por esposas y a no cometer nunca adulterio.

Por una parte, en los consejos que daba el padre a sus hijos, se enfatizaba el control de las prácticas sexuales antes de alcanzar el pleno desarrollo físico. Existían una serie de mitos que fomentaban esa idea y que cualquier práctica sexual antes de alcanzar la edad adecuada conducía a graves perturbaciones de la salud y a la pérdida de la potencia sexual.

Cuando la cultura azteca se encontraba en la plenitud de su desarrollo, vio interrumpida su evolución por un acontecimiento que representó la concepción del origen y fin de su mundo: La Conquista Española.

De La Conquista al Siglo XX:

La Conquista Española representó la fusión de dos mundos, de dos realidades diferentes. Los conquistadores derrumbaron los templos del pueblo azteca, impusieron una nueva lengua y religión, ajena a las tradiciones indígenas; rompieron el orden jurídico y político para establecer su propio modelo de organización; con su conducta sexual personal y el trastrueque de valores, desintegraron la familia, a los hombres los usaron como esclavos y a las mujeres como concubinas.

Todas las manifestaciones de la vida, desde lo económico hasta lo psíquico, pasando por las expresiones artísticas, recibieron el impacto y son la consecuencia de la superposición de mundos que constituye la conquista y la colonización.

Algunas maneras de concebir lo sexual entre los españoles y los indígenas eran similares, como en el caso de la virginidad, pero no ocurría ante otros hechos, como en el caso de la repulsión que la moral española sentía ante la desnudez de los cuerpos y la forma como se concebía el acto sexual (Secretaría de Salud, 1985).

Durante la colonia, la mujer no tenía presencia en la vida sociocultural del país. Es por esto que la aparición en el plano cultural de la mujer era algo insólito. De ahí, el drama de Sor Juana Inés

de la Cruz, en el sentido de que el mismo hecho de ser mujer le negaba una vida y una vocación solamente destinada a los hombres. Por eso, sus aspiraciones intelectuales la orillaron a optar por el retiro conventual.

Con la independencia de México se logró romper con la dependencia política de España, pero no se dieron cambios sustanciales en lo económico y social. Por razones económicas la familia se robusteció y creció. El sistema de tenencia de la tierra de grandes extensiones en pocas manos, exigía que las familias fueran numerosas. Igualmente las familias de peones campesinos, que vivían "vendidos" al dueño de la hacienda, veían en un mayor número de hijos una posibilidad de producir y pagar sus deudas.

La forma de concebir los aspectos de la vida sexual no sufren cambios sustanciales, siguen rigiendo las normas de comportamiento del período colonial.

En el México Porfirista el proceso de descomposición social trae aparejado un proceso de pérdida de los valores morales, situación aunada a la difusión de la moral vitoriana trae como consecuencia la formulación de medidas de un contenido moral exagerado. La represión social en que se debatía la sociedad porfirista provocaba represión sexual que tenía como válvula de escape una falsa liberación que se manifestó en la literatura obscena, en el incremento de las enfermedades venéreas, el número de abortos, concubinatos, raptos, violaciones y adulterios (Secretaría de Salud, 1985).

La revolución mexicana abre una nueva serie de posibilidades en los distintos órdenes de la vida nacional, social, política y cultural.

La presencia de la mujer en las luchas reivindicadoras le proporcionó tal grado de conciencia social que permitió su participación activa en la lucha armada revolucionaria. Fueron encargadas de las medicinas, municiones, alimentos, correo, equipo militar e información sobre el enemigo. También actuaron como despachadoras de trenes, telegrafistas o enfermeras.

En 1918, en el estado de Yucatán, Felipe Carrillo Puerto promulgó la Ley Estatal que otorgaba el derecho de voto a la mujer; al mismo tiempo que se llevaban a cabo las llamadas "jornadas educativas para obreros y trabajadores en general", que incluían aspectos sobre educación familiar, el papel de los padres en la educación de los hijos y algunos elementos de la educación sexual. En ese mismo estado, en 1922, Margaret Sanger publica un folleto sobre la regulación de la fecundidad y métodos anticonceptivos; y en 1923, en el Congreso Panamericano de Mujeres se habla del control de la natalidad, el amor libre y los derechos sociales y políticos de la mujer mexicana.

En 1934, Narciso Bassols da a conocer el primer proyecto de educación sexual formal a nivel nacional; sin embargo, no se llevó a la práctica por presiones de tipo social.

En los gobiernos posteriores al Presidente Lázaro Cárdenas, periodo en el que México entra en una etapa de modernización, las formas de conducta sexual van siendo modificadas paulatinamente como resultado de las nuevas actividades socioeconómicas del país; como es el caso de la participación cada vez mayor de la mujer en dichas actividades.

En 1959, se manejaba sólo el concepto de Control de la Natalidad, que hace referencia a la actuación directa del estado, sin que se tome en cuenta la voluntad de la pareja para decidir el número de miembros de la familia. Sin embargo, en la actualidad la decisión de la pareja pasa a ser el elemento primordial de los programas de planificación familiar (Cervantes Nieto, 1985).

El desarrollo y difusión de los anticonceptivos da un sentido diferente a las relaciones sexuales, y el placer sexual, separado de la función reproductiva se convierte en una posibilidad legítima para el hombre y la mujer.

1.3.- Demografía y Políticas de Población.

Gran parte de los factores que determinan los problemas y las presiones demográficas, así como la desigual distribución de la población tienen su origen en la estrategia de desarrollo puesta en práctica por el estado mexicano desde hace aproximadamente cuatro décadas. Durante este período tuvo lugar un intenso cambio demográfico como resultado de las transformaciones económicas y sociales, que se han dado en llamar "Explosión Demográfica y Revolución Urbana". Estos fenómenos se manifestaron en forma cuantitativa por aumentos rápidos de la población nacional.

En la historia demográfica de México, se distinguen dos períodos de cambios importantes en la dinámica y estructura de su población.

El período de 1930 a 1970, durante el cual se acelera considerablemente el ritmo de crecimiento natural de la población, debido fundamentalmente al descenso de la mortalidad y a la permanencia, casi invariable, de elevados niveles de natalidad. A este período corresponden cambios fundamentales en la estructura económica, social y política del país.

El período posterior, de 1970 hasta nuestros días se caracteriza por una notable declinación en el crecimiento natural de la población, debido a que la disminución en los niveles de natalidad fue más rápida que la disminución de los niveles de mortalidad.

En el período de 1930 a 1970 el volumen de la población casi se triplicó en un lapso de 40 años; en 1930 la población censada fue de 17.0 millones de habitantes y en 1970, el volumen llegó a 50.7 millones (Colegio de México, 1970).

Los centros urbanos crecían un 100% en ciclos de 10 a 12 años, y la tasa de crecimiento del 1.6% en 1930 pasó al 3.5% en 1970; como se muestra en la siguiente tabla:

MEXICO: NATALIDAD, MORTALIDAD Y CRECIMIENTO NATURAL
DE LA POBLACION 1930 - 1970

PERIODO	NATALIDAD	MORTALIDAD	CRECIMIENTO NATURAL
	a	b	c
1930-34	44.6	25.6	19.0
1940-44	44.6	22.0	22.6
1950-54	45.1	15.1	30.0
1960-64	44.4	10.4	34.0
1970-72	43.9	9.3	34.6

- a.- Se refiere a la frecuencia anual promedio de nacimientos por cada mil habitantes en el período que se considera.
- b.- Se refiere a la frecuencia anual promedio de defunciones por cada mil habitantes en el período que se considera.
- c.- Es la diferencia entre la frecuencia de nacimientos y la frecuencia de defunciones.

FUENTE: La Población de México, 1976. Centro de Estudios Económicos y Demográficos, El Colegio de México.

Con el rápido descenso de la mortalidad y el mantenimiento sin variaciones significativas de elevados índices de natalidad, se produjo en el período de 1930 a 1979 un cambio importante en la distribución por edades de la población; el grupo de edades entre 0 y 14 años para ambos sexos representó en 1940 el 41.2%, y en 1970 representó el 46.2%.

La evolución que ha tenido la mortalidad de 1930 a 1979 se resume en el indicador de la

esperanza de vida al nacimiento. En 1930 los hombres tenían una esperanza de vida de sólo 36 años y las mujeres de 37 años; y en 1970 los hombres aumentaron su expectativa de vida a 60 años y las mujeres a 64 años, como se ilustra en la siguiente tabla:

MEXICO: ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO POR SEXO, 1930 - 1970		
AÑOS	HOMBRES	MUJERES
1930	36.08	37.49
1940	40.39	42.50
1950	48.09	51.04
1960	57.61	60.32
1970	60.05	63.95

FUENTE: La Población de México, 1976. El Colegio de México.

Cuando la mortalidad desciende, las mujeres ganan mayor número de años en la esperanza de vida; por eso se observa que en 1930 la diferencia en la esperanza de vida entre hombres y mujeres era de 1.4 años, en cambio en 1970 la diferencia aumentó a 3.9 años.

Otro indicador es la mortalidad infantil, en 1930 se alcanzaba la cifra de 145.6 defunciones de menores de 1 año por cada mil niños nacidos vivos; ese nivel descendió a 66.1 defunciones en 1970.

La tendencia de la natalidad hasta 1979 denotó magnitudes elevadas, entre las más altas del mundo, con 6.3 hijos promedio por mujer.

Aquí se encontraba el panorama demográfico del país en lo que se refiere a la estructura y dinámica de la población al inicio del decenio 1970 - 1980.

Hasta antes de 1973, el ambiente político - cultural en México tuvo una tendencia pronatalista, que se manifestaba en el Código Sanitario Federal vigente: en el cual se prohibía la propaganda y la venta de productos reguladores de la fecundidad. Lo mismo ocurría con la Ley General de Población de 1947, que en ese período pretendió resolver la problemática del "aumento de la población", debido a que había mucho territorio y pocos mexicanos; hacía falta fuerza de trabajo y la mortalidad general era muy elevada como para permitir el crecimiento deseado.

El aumento de la población se procuraría a través del crecimiento natural, de la repatriación y de la inmigración; para lograrlo se fomentó el matrimonio, el aumento de la natalidad, la protección biológica y legal de la infancia, la higienización de las habitaciones y centro de trabajo, entre otros.

Es precisamente que a partir de los años cuarenta, cuando la población de México empezó a registrar un alto índice de crecimiento, mucho más alto del que se había previsto y que en realidad no fue consecuencia del aumento de la natalidad, sino de la fuerte reducción de las tasas de mortalidad (Secretaría de Salud, 1986).

En 1973 se modificó el Código Sanitario, eliminando las restricciones en relación con los productos anticonceptivos, y en 1974 se expidió la Ley General de Población, cuyo fin fue el de regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el objeto que participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social (Secretaría de Programación y Presupuesto, 1978).

Para lograr los objetivos, la Ley General de Población reclama como uno de los mecanismos "instituir programas de planificación familiar, con el concurso de los servicios de educación, salud pública y seguridad social, para que, con absoluto respeto a la libertad de la pareja y a la autonomía de la familia, se regule racionalmente el crecimiento de la población" (Ley General

de Población, 1974)

La actual política de población generó acciones para impulsar los servicios de planificación familiar. Estos servicios son prestados por las instituciones de salud oficiales como: IMSS, ISSSTE, S.S., así como instituciones oficiales que ofrecen prestaciones a sus trabajadores: CFE, PEMEX, Teléfonos de México, Ferrocarriles Nacionales; y Asociaciones privadas como el Fondo para Estudios de la Población, A. C. (FEPAC), ahora Fundación Mexicana para la Planeación de la Familiar, A. C. (MEXFAM). En 1982, el Programa de Planificación Familiar, del Instituto Mexicano del Seguro Social fue considerado como el mejor del mundo.

La Administración Pública hace énfasis en la necesidad de la planificación familiar para cumplir con los fines del país y se crea el Plan Nacional de Planificación Familiar, en el año de 1977. Los programas básicos del Plan fueron: un programa rural y un programa urbano, integrados en los subprogramas de cada una de las instituciones del sector salud y de seguridad social, a los que progresivamente se suman los de otras instituciones oficiales y privadas. Como programas de apoyo fueron definidos los de educación, investigación biomédica e investigación social, cada uno de ellos con diversos subprogramas (Martínez Manautou, 1982).

A pesar del considerable progreso en los programas de planificación familiar en México, las presiones demográficas persisten. La población de México en 1986, estaba creciendo a razón de 2.3 a 2.6% por año, más lentamente que en 1974. La dimensión de la familia media se redujo a cuatro hijos; sin embargo, la cantidad de gente que ha alcanzado o está por alcanzar la edad de procrear está aumentando. De modo que aún con tasas menores de fecundidad, las proyecciones indican que hacia fines de siglo la población de México será un tercio mayor y ascenderá a 105 millones de habitantes (Programa Nacional de Población 1989 - 1994).

El grupo parlamentario Inter-Americano sobre Población y Desarrollo (Octubre 1977); refiere en el artículo "Alimentos y Población: El caso de México".

"Si México continúa avanzando en el frente de la población, las tasas de natalidad más bajas

permitirán realizar nuevas inversiones en la infraestructura social, ofreciendo a México la posibilidad de introducir a la población rural y urbana pobre en los sectores modernos de la economía. En poco más de un decenio, México ha recorrido la mitad del camino que conduce a la meta de la familia de dos hijos. Pero nadie debe subestimar las dificultades que quedan por delante. Aún si México, llega a alcanzar esa meta mañana mismo, la población de ese país seguirá creciendo ante los próximos 70 años, y al cabo de ese tiempo se habrá duplicado".

1.4.- El Fenómeno Demográfico y su Relación con la Sexualidad.

Las tres variables demográficas son: la fecundidad, la mortalidad y la migración; que dan lugar al crecimiento, la estructura y la distribución territorial de la población.

De las tres variables, dos, la fecundidad y la migración están estrechamente ligadas a la sexualidad. La sexualidad entendida como conducta reproductiva, coincide con el hecho demográfico de la fecundidad. La explicación del comportamiento reproductivo y sus efectos sociales son objeto común de la educación sexual y de la demografía. Los valores y normas que rigen la conducta reproductiva serán en última instancia, las que determinen el crecimiento poblacional.

El programa de educación sexual pretende promover una actitud responsable y una conducta racional - no meramente instintiva - en lo que se refiere a la reproducción.

En el caso de nuestro país, es indispensable e impostergable la información ante el hecho que más del 70 % de las mujeres casadas han externado su deseo de tener menos hijos, y de la comprobación bastante general respecto del proceso de reproducción y de las medidas para prevenir la concepción (CONAPO, Vol.1, 1982).

Una de las teorías que explican el conjunto de elementos que fundamentan la conducta reproductiva supone que ésta no es algo meramente individual, sino la conjugación de las características personales con las familiares y las del medio social.

A nivel de cada persona influyen directamente en el caso de la fecundidad (en el número de hijos y de embarazos) por una parte, la capacidad reproductiva, psicológica y/o biológica, donde la información y la educación tienen un papel importante. Por otra parte influye la actitud valorativa ante la fecundidad. Estos dos elementos determinan también, la frecuencia y condiciones en que se da el coito, el uso de anticonceptivos, y la actitud ante la concepción, el embarazo y el aborto.

La dinámica del fenómeno demográfico, entendido como el resultado de la fecundidad, mortalidad y migración, está íntimamente ligado con la sexualidad y por lo tanto el Programa Nacional de Población pretende que con la práctica de la planificación familiar se busque el bienestar de la familia en lo que se refiere a salud, alimentación, educación, vivienda y recreación; así como también una toma de decisiones libre, informada y responsable respecto al número de hijos y su espaciamiento (CONAPO, 1981).

La regulación de la fecundidad depende, no sólo de la accesibilidad a las técnicas anticonceptivas y servicios de salud, sino también de factores económicos, sociales y culturales de donde se derivan los valores y las motivaciones para regular la conducta reproductiva.

Tanto la actitud ante la fecundidad como la capacidad reproductiva se relacionan y están condicionadas por:

- a) Las características personales (edad, sexo, educación, religión, ocupación, ingresos...)
- b) Las características del grupo familiar que forma la pareja: funciones conyugales, económicas y en relación a la familia de origen.
- c) Las características personales y las del grupo familiar a su vez, se ven influenciadas por los grupos de pertenencia o referencia (familia amplia, amigos, trabajo); así como por las instituciones que conforman la estructura social, política, económica, militar, religiosa, educativa, familiar, recreativa y de comunicación masiva.

Por otra parte, la sexualidad en cuanto se refiere a los roles sociales asignados al hombre y a la mujer, tiene mucho que ver con la migración. La migración es el traslado de un lugar geográfico a otro. Y así es en el caso de México, ya que la mayor parte de la migración se da del campo a las ciudades, con el cambio evidente del contexto rural a urbano, con valores bastante diferentes en lo que se refiere a los roles sexuales; la función de la mujer campesina y la urbana difieren sustancialmente.

2.- SEXUALIDAD MASCULINA.

2.1.- Concepto Integral de la Sexualidad.

Al hablar de la sexualidad nos referimos a una de las características inherentes al ser humano, partimos del reconocimiento que el individuo es un ser por naturaleza sexual. De esta manera, entendemos la sexualidad como una característica que acompaña al individuo desde el momento de su nacimiento, hasta su muerte.

La naturaleza humana es el resultado de la integración de aspectos biológicos, psicológicos y sociales, los cuales actúan recíprocamente; de tal manera, que la acción de cada uno de ellos se encuentra en interdependencia directa con los otros dos. Considerando que cada ser humano es un individuo imposible de separar en partes sin alterar su esencia, tenemos que : la sexualidad, como componente fundamental de la propia naturaleza, comparte esa característica de indivisibilidad. Partiendo de un enfoque integral del ser humano, podemos conceptualizar la sexualidad como la expresión psicosocial de los individuos como seres sexuados en una sociedad y cultura determinada (Secretaría de Salud, 1985).

Todo ser humano, independientemente de ser hombre o mujer, nace con un bagaje de potencialidades cuyo desarrollo estará condicionado por su historia personal y por las características que cada sociedad exige a sus miembros en función de su sexo (CONAPO, Vol. I, 1982).

El ser humano es un todo integrado; por lo que no pueden darse divisiones o separaciones reales. En la presente investigación, lo hacemos solo con fines explicativos para una mejor comprensión y análisis del tema, separando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

a) Aspecto Biológico de la Sexualidad.

La sexualidad posee una base biológica universal que es el sexo. El sexo es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que diferencian al varón y la mujer, y que al complementarse tienen la potencialidad de la reproducción (CONAPO, Vol. 1, 1982).

En el ser humano, la diferenciación sexual es el resultado de un proceso muy complejo que ocurre a diferentes niveles y a diferentes tiempos durante la vida prenatal y que sienta sus bases en un patrón cromosómico especial que fue establecido en el embrión durante la concepción.

Según el espermatozoide que se une al óvulo, la información genética podrá ser XX o XY, y esto corresponderá a su sexo cromosómico, femenino o masculino respectivamente. A esta dotación genética le sigue un largo proceso de diferenciación de las glándulas sexuales, es decir, de las gónadas. Los procesos de diferenciación sexual subsiguientes ocurren a nivel de los genitales tanto internos como externos, como también a nivel de ciertas áreas del cerebro, es decir, que deben existir ciertas condiciones hormonales para que se desarrolle un varón. Aún cuando la fórmula de sexo cromosómico sea de 46 XY, debe producirse el agregado de hormona masculina para que sea varón. En ausencia de niveles adecuados de testosterona la diferenciación se dirigirá siempre hacia fetos de sexo femenino, independientemente de la dotación genética (Secretaría de Salud, 1985).

Los genitales externos derivan de las mismas estructuras embrionarias en ambos sexos, pero su desarrollo es notablemente diferente, y es solamente cuando el feto tiene alrededor de tres meses cuando se hace posible determinar su sexo por el examen de los genitales externos. Terminando el proceso de diferenciación sexual, las estructuras genitales masculinas o femeninas no sufren posteriores modificaciones, permaneciendo como tales hasta el momento del nacimiento, en que el niño recién nacido presenta genitales externos con características anatómicas que permiten asignarle un sexo de femenino o masculino, con la valoración que esta asignación conlleva (CONAPO, Vol. 1, 1982).

b) Aspecto Social de la Sexualidad.

Los seres humanos se conciben agrupados, asociados entre sí y con múltiples relaciones formando los diversos grupos donde satisfacen sus necesidades sociales básicas y la sexualidad constituye una de estas.

Para lograr la convivencia social, la cultura, a través de los valores, las normas, las creencias, y las instituciones, moldea el comportamiento de los miembros de la sociedad. Este moldeamiento de la conducta del individuo incluye la conducta sexual, debido a que su naturaleza social se hace evidente en la interacción social. Esto permite que los individuos intercambien experiencias sobre la base de la socialización.

El proceso de socialización está encaminado a que cada miembro del grupo haga suyos los elementos normativos establecidos para la convivencia. En este sentido, la sociedad presiona para que las personas se comporten de determinada manera. De ahí, que el apartarse de las normas se considera "anormal" (CONAPO, Vol. 1, 1982).

Un factor importante, es entender que el comportamiento de hombre o mujer depende de la conceptualización que la cultura tenga de los roles sexuales, como son: la distribución de labores domésticas, el cuidado de los hijos, la incorporación de la mujer al trabajo remunerado, entre otros. En la medida que el sujeto, como ser social, inicia su proceso de socialización, irá interiorizando como propias las normas sociales.

El comportamiento como varón o mujer va a depender de la forma en que se internaliza la conceptualización que la cultura tenga al respecto.

El conocimiento de los avances en el campo de la sexualidad, tanto desde la perspectiva del desarrollo psicosexual, como desde el punto de vista de las diferencias en el comportamiento sexual observadas en culturas diferentes, permite suponer que la conducta sexual es socialmente aprendida y no biológicamente determinada (CONAPO, Vol. 1, 1982).

El proceso de enseñanza de los roles sexuales se da en el interior de la familia, como intermediario entre el individuo y la sociedad.

Nacido el niño, y en base al tipo de diferenciación de sus órganos sexuales externos, se le otorga un sexo de asignación: se le considera hombre o mujer, que además de clasificar su estructura biológica, a partir del nacimiento se van a establecer las expectativas familiares y sociales en cuanto al futuro rol sexual del recién nacido.

Los estímulos ambientales que rodean al individuo especialmente centrados en la familia, empezarán a modelar su conducta hacia el comportamiento que vayan acorde con lo que se considere masculino o femenino según la sociedad que se trate.

La sociedad ejerce control sobre la familia para institucionalizar su marco ideológico, y para que esta a su vez, con funciones específicas, exprese las características de la organización social a la que pertenece. Por otra parte, la familia no es sólo un agente transmisor pasivo, sino que la capacidad crítica de sus miembros posibilita el cambio social (CONAPO, Vol. 1, 1982).

e) Aspecto Psicológico de la Sexualidad.

El desarrollo psicoafectivo tiene características especiales, para comprenderlo es necesario situar al individuo en un contexto integral, donde la personalidad se compone de más elementos de los meramente orgánicos; el nivel afectivo desempeña un papel muy importante, al mismo tiempo que la pertenencia a un grupo, del cual ya hicimos mención en el apartado anterior.

El ser humano se encuentra viviendo en contradicciones, entre avances y retrocesos, frustraciones y gratificaciones; por lo que no puede ser entendido mecánicamente. Su estructura biopsíquica y en el contexto en el que se desarrolle están en constante cambio, siendo el producto de esta relación un factor importante para la integración de la personalidad y las formas de expresión de la sexualidad (Monroy de Velasco Anameli, 1985).

En el desarrollo psicoafectivo "el paso de una etapa a otra es muy lento y con movimientos oscilantes; ninguna de las etapas se termina, porque aún en otras fases encontramos rastros de las etapas anteriores; estas irregularidades, si bien son parte del desarrollo natural, cuando no se les deja llevar su propio ritmo de movimiento pueden obstaculizar otras áreas del desarrollo" (Monroy de Velasco, Anameli (1985).

2.2.- Las Etapas del Desarrollo Psicosexual.

Describiremos el desarrollo psicosexual desde un punto de vista cronológico; con parámetros arbitrarios, pero no rígidos ni inflexibles, ya que el desarrollo varía según cada individuo, modificándose en algunos aspectos por influencias socioculturales.

Del nacimiento a los 18 meses.

En este período se circunscribe la fase oral del desarrollo psicosexual; se caracteriza por diversas actividades de la boca, tales como llorar, vomitar, chupar, masticar y comer. En todas ellas participan los labios, la boca, la parte superior del paladar y el tracto digestivo.

En el aspecto psicológico, existe una gran dependencia hacia la madre, por lo que no resulta extraño que los hombres sean dependientes de la mujer. Cuando exista una fijación en esta etapa, según la teoría psicoanalítica, veremos hombres con características psicosexuales orales, que esperan recibir del exterior todo lo que necesitan, con la realización del menor esfuerzo (González Nuñez, 1986).

A lo largo de esta etapa, el niño va descubriendo su esquema corporal. El sexo de asignación y la aceptación paterna del sexo biológico del hijo, son de suma importancia en la identidad sexual de éste. Durante toda esta etapa el crecimiento orgánico o físico tiene singular importancia para lograr avances en el plano moriz, social, afectivo e intelectual.

De los 18 meses a los 3 años.

En esta etapa se logra una mayor diferenciación del "yo" respecto al mundo exterior; la principal tarea del niño es el dominio del esfínter. El niño tendrá que aprender a controlar una conducta (la eliminación), que hasta antes había realizado en el momento y el lugar que deseaba;

en adelante si desea conservar el amor y la atención de su madre, deberá hacerlo donde ella quiere.

Con el control de esfínteres el niño se enfrenta a un dilema: la eliminación resulta placentera al aliviarle la tensión del cuerpo, y el retener la eliminación siempre que no sea por mucho tiempo, también le procura cierto deleite. Sin embargo, el medio pone obstáculos a ello y le obliga a dejar el placer a cambio de ser valorado y aceptado por los otros (CONAPO, Vol. 3, 1982).

La educación del control de esfínteres es habitualmente la primera experiencia decisiva que el niño tiene en relación con la disciplina y la autoridad.

La zona erógena principal en esta etapa la constituye el ano, por lo que es llamada, etapa anal por la corriente psicoanalítica.

Al inicio de esta etapa el niño sabe a que sexo pertenece, aunque no tiene clara diferencia entre ser hombre o mujer. Esto no tiene un papel psicológico en su vida mental; siente a la madre, al padre y los otros adultos, principalmente en términos de sus diferencias individuales, del confort o desagrado que le proporcionan (CONAPO, Vol. 3, 1982).

Esta etapa tiene un papel trascendental en el desarrollo posterior de la personalidad; veremos así hombres con características anales que se caracterizan por ser sumamente limpios y pulcros, como un instrumento de control de los demás y del medio que les rodea, "son hombres difíciles, no nada más para las mujeres, sino para los propios hombres, para sus propios hijos, sean masculinos o femeninos. Es mucho el desamor, que las personas, la familia y las parejas sienten hacia ese tipo de hombre con estas características, porque quienes les rodean tienen que estar relacionadas con la persona que les muestre cariño. O sea, que las necesidades de los demás están en función de que me sirvan para que yo los controle" (González Nuñez, J.J. (1986).

De los 3 a los 6 años.

En esta etapa el órgano de mayor representatividad es el pene: la diferenciación del "yo" se hace completamente clara. El niño manifiesta gran interés hacia su propio cuerpo y el de los demás; son comunes los juegos sexuales, la exploración de su cuerpo lleva al niño a descubrir sensaciones placenteras, así aparece la "masturbación infantil", que le ayuda a conocer e integrar su autoimagen (Monroy de Velasco, 1985).

El conocimiento de las diferencias genitales puede llevar a los niños a estados de angustia. El niño al ver que la niña no posee genitales protuberantes, puede imaginar que los ha perdido y que él puede perderlos también. Esta fantasía es estimulada por los padres con frecuencia porque no resisten la masturbación infantil.

Aquí se manifiesta el complejo de edipo, en el que los niños sienten rivalidad con el padre del mismo sexo y muestran especial preferencia por el del otro. En esta etapa, el niño se va identificando con el padre (o figura sustituta) del mismo sexo; incorpora pautas de conducta, motivos e intereses tanto de él, como de la imagen que la pareja tenga del otro.

Lo que se inicia como una simple imitación del modelo paterno, se va convirtiendo en rasgos de personalidad del pequeño. De este modo aprende su papel sexual y siente la satisfacción o no de su identidad masculina o femenina (Monroy de Velasco, 1985).

La divergencia en el diferente desarrollo emocional del varón y de la mujer radica en que la madre es el primer objeto amoroso en ambos. Durante el desarrollo psicosexual, el niño conserva a la figura materna como núcleo de su amor, mientras que la niña tiene que abandonar su primer objeto amoroso para concentrar su atención en el padre y poder alcanzar así su femineidad (CONAPO, Vol. 3, 1982).

La relación que establece el hijo con la madre es diferente de su relación con el padre. La relación con la primera es de una asociación omnipotente y gratificadora, y genera del niño hacia

ella un amor posesivo. La relación con el padre provoca admiración y orgullo, esta liga con el progenitor es fuente de ambivalencia, de competencia y de rivalidad, dirigidas en especial a la posesión de la madre.

Cuando el niño dirige su atención hacia su madre, percibe al padre como un rival al que hay que derrotar, pero al mismo tiempo lo ama y lo admira. Esto es decisivo en el desarrollo de la masculinidad del niño, pues implica en él tal identificación con su padre, que se siente capaz de rivalizar con él. La identificación con el padre conduce al individuo a la identificación masculina y a la formación del yo, y del yo ideal.

Por otra parte, el niño ya está capacitado para establecer relaciones con otros niños; generalmente es el período en que ingresa al jardín de niños, lo que significa un paso importante en la socialización.

A esta edad se siguen fortaleciendo los esquemas iniciados en la etapa anterior. El juego simbólico se manifiesta en los diversos intereses del niño, tanto a nivel consciente como inconsciente. El dibujo se convierte en el niño en una forma de expresar la manera como él ve al mundo y aquello que imagina; el lenguaje, a su vez, sigue evolucionando en relación con el modo de razonamiento (CONAPO, Vol. 3, 1982).

De los 6 años hasta la pubertad.

Esta etapa se caracteriza por un gran desarrollo del área social e intelectual y porque los intereses sexuales pierden la intensidad que tenían en la etapa anterior, Freud denominó "latencia" a esta fase del desarrollo infantil, porque ahora que el niño se ha identificado con el padre, la genitalidad infantil declina. El sujeto se prepara, en términos del desarrollo del "yo", para enfrentarse al incremento de los impulsos sexuales que surgirán en su pubertad.

La actividad sexual queda relegada en este lapso, al papel de reguladora y transitoria de tensión,

pues el yo cuenta con múltiples recursos sublimatorios, adaptativos y defensivos que permiten al niño controlar la realidad.

En este período, la percepción que tiene el niño de sí mismo es mucho más compleja y su pensamiento es de tipo concreto. El niño de esta edad hace la diferencia entre niños y niñas, y empieza a formar amigos del mismo sexo y discrimina a los niños del sexo opuesto. En estos grupos de amigos, el niño adopta claramente su papel, femenino o masculino, y quienes lo rodean favorecen su desarrollo; al participar en grupo acepta las normas que los demás establecen, actúa conforme a lo que se espera de él y ve reflejado en los demás muchas de sus características sexuales, lo que va afianzando su identidad (Monroy de Velasco, 1985).

El niño muestra curiosidad acerca de la reproducción, del crecimiento y desarrollo; y en general de la conducta sexual humana.

De los 11 a los 15 años.

Esta etapa se caracteriza por múltiples cambios, tanto internos como en su apariencia personal debido a la aparición de la pubertad; que constituye el principio de la fase adolescente. La pubertad comprende tanto los cambios en el aspecto físico general como los de maduración sexual que traen como consecuencia el crecimiento y maduración de las gónadas de los órganos sexuales primarios y la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

La adolescencia se considera un fenómeno psicosociocultural; en la cual aparece un incremento en los impulsos sexuales y agresivos en comparación con la etapa anterior; en esta etapa se produce un desequilibrio emocional como consecuencia de los cambios hormonales (Monroy de Velasco Anameli, 1985).

El joven busca la descarga de su impulso sexual en la masturbación, que se presenta como parte natural de su crecimiento y desarrollo psicosexual; frecuentemente esta se acompaña de fantasías

de todo tipo.

Como parte del desarrollo adolescente se presentan los conflictos bisexuales, en los que está probando su identidad sexual.

El adolescente pasa la mayor parte del tiempo con su grupo de amigos, hecho que le ayuda a independizarse del núcleo familiar y a adquirir su propia identidad; se rebela ante todo lo que implique autoridad, buscando su propia autonomía. Inicia un pensamiento de tipo abstracto (hipotético deductivo).

A medida que el adolescente comienza a asimilar e integrar los cambios ocasionados por la pubertad, se interesa cada vez más en el otro sexo. Por medio de sus fantasías, ha venido ensayando su conducta al respecto; las actividades que comparte con otros jóvenes le confirman que la atracción y el deseo sexual no son algo anormal, sino hipervalorados a nivel social, en la mayoría de los casos (Monroy de Velasco, 1985).

De los 16 a los 19 años. (Segunda Fase de la Adolescencia).

Esta fase es crucial para el desarrollo del adolescente, por las decisiones que tiene que tomar y que van a trascender en su vida futura, como es el caso de la elección vocacional.

Desde el punto de vista biológico, el adolescente está por concluir su maduración; no así la madurez psicológica y social; ya que socialmente no le es permitido canalizar libremente su impulso sexual, puesto que su expresión sólo es aceptada dentro del matrimonio; de ahí que elija entre: 1) masturbación, 2) represión sexual o abstinencia, (casi exclusiva para la mujer), 3) caricias sexuales sin llegar al acto sexual, 4) recurrir a la prostitución (exclusiva para el varón), 5) relaciones premaritales, y 6) matrimonio "precoz" (Monroy de Velasco, 1985).

Es en esta etapa, cuando el desarrollo intelectual y emocional lleva al joven a formar su propia escala de valores, y a lograr mayor autonomía e independencia del núcleo familiar y social.

El final de la adolescencia se puede definir por sus aspectos psicológicos. El adolescente realiza acciones con objetivos a largo plazo, reacomodándose a la realidad; hay mayor estabilidad en sus emociones y flexibilidad para comprometerse y postergar acciones. El yo del sujeto va logrando la superación de los conflictos adolescentes y la identidad sexual toma su forma definitiva (CONAPO, Vol. 3, 1982).

Se establecen las preferencias vocacionales, recreacionales y temáticas, que absorben gran cantidad de energía. La elección de pareja adquiere una mejor orientación. Se empieza a clarificar el tipo de persona con la que se quiere formar pareja, e incluso, se llegan a formalizar las relaciones amorosas.

De los 19 a los 23 años. (Juventud)

En esta etapa, la percepción que los demás tengan de la conducta sexual de las personas que cruzan esta época de la vida, así como los valores que sustenten la práctica sexual, van a formar parte de su status social.

Las relaciones premaritales se dan casi en todos los varones y actualmente en un mayor número de mujeres. Es común la masturbación, así como el jugueteo sexual mutuo, en ambos sexos.

De los 23 a los 30 años. (Edad Adulta)

A partir del matrimonio o equivalente se asumen más responsabilidades sociales y económicas. El permiso social de una vida sexual enfrenta el ajuste o desajuste sexual de la pareja.

Si en esta etapa, la mujer no tiene hijos, es probable que exista preocupación por ello o, por el contrario; si es decisión voluntaria, disfrute de su vida sexual sin darle mucha importancia a la maternidad. Los embarazos tempranos y frecuentes, y la época de crianza de los hijos puede hacer que decline el erotismo en muchas parejas (Monroy de Velasco, 1985).

El deseo sexual en el hombre parece ser mayor que en la mujer debido a factores socioculturales: que en la mujer la enmarca en cumplir la función de madre.

De los 31 a los 45 años. (Edad Adulta)

Este es el período en el que se presenta mayor actividad extramarital, puede darse en uno o en ambos sexos. El coito marital puede declinar en cuanto a frecuencia. Por otra parte, es la época del desarrollo de los hijos adolescentes, la cual requiere de reajustes dentro de la dinámica familiar: los padres tienen que enfrentarse a la sexualidad de sus hijos y confrontar la propia.

De los 46 a los 60 años. (Edad Madura)

Es una etapa de reajuste de la pareja como tal, o de su ruptura al adquirir mayor independencia los hijos y al quedarse nuevamente solos. Se nota una disminución de la actividad sexual, especialmente en la mujer. Al terminar la función reproductora, la mujer puede llegar a tener una actitud muy negativa al ver que sus hijos abandonan el hogar, o por el contrario, si su valor como mujer no está centrado en la maternidad, puede aumentar su deseo sexual, ya que no tiene el temor de quedar embarazada (CONAPO, Vol. 3, 1982).

De los 60 años en adelante. (Senectud)

El anciano conserva prácticamente intactas sus funciones cognoscitiva y emotiva, así como su sexualidad. No obstante, existen algunos cambios fisiológicos propios de esta época, que en caso de ser malentendidos por la persona de edad, puede darle la falsa impresión de que todo ha terminado. En el caso del varón, la erección es más lenta y menos firme, lo cual puede ser subsanable con la estimulación manual de la pareja; en las mujeres se produce un adelgazamiento y resequedad de las paredes vaginales por la reducción en la producción de estrógenos, lo cual es subsanable con el uso de lubricantes vaginales.

Es importante considerar los siguientes factores en la persistencia del interés y de la actividad sexual: (Monroy de Velasco, 1985).

- Estado Civil, es decir, el hecho de tener una pareja socialmente aceptada.
- La existencia de una doble moral, que es más permisiva en el hombre de edad que en la mujer de edad.
- La frecuencia de la actividad sexual durante la juventud. Quien fue activo sexualmente en su juventud y vida adulta es más probable que lo siga siendo durante esta etapa.
- El estado de salud, dado que existe una serie de padecimientos que pueden inhibir temporalmente la actividad sexual, como la depresión, el infarto o la anemia.
- El deseo de vivir, influido por el hecho que no se nos prepara para envejecer, dado que culturalmente se valora a la juventud.
- La depresión por la interrupción de la actividad, y a la falta, muchas veces, de recursos económicos.

2.3.- El Aparato Reproductor Masculino.

La reproducción es un fenómeno biológico que está determinado por la participación tanto del varón como de la mujer, esta se realiza en función de una relación sexual, al unirse un espermatozoide y el óvulo se produce la fecundación que dará origen muy probablemente a un nuevo ser.

Para fines del presente estudio únicamente revisaremos el aparato genital masculino y su función sexual, para entender la participación del varón en la planificación familiar. Los componentes orgánicos se ilustran en la figura 1.

Las partes externas del aparato genital masculino son el pene y el escroto.

El pene es un órgano cilíndrico que está integrado por tres cuerpos crétilos que aumentan su volumen y consistencia cuando se estimulan por una excitación sexual. Estos tres cuerpos son: la raíz, el cuerpo y el glande, también llamados cuerpos cavernosos; están constituidos por un tejido similar al de las esponjas, se forman por una multitud de travéculos separados por espacios entre sí, la excitación sexual produce que estos espacios se llenen de sangre y por lo tanto el pene aumenta su tamaño y consistencia, el varón experimenta entonces la erección.

El pene tiene básicamente dos funciones; es el órgano mediante el cual se lleva a cabo la cópula vaginal y, es el conducto de las vías urinarias.

El tamaño del pene varía en su longitud en los varones; sin embargo, la magnitud de este órgano no tiene ninguna relación con la capacidad de experimentar o proporcionar placer. Existen un gran número de terminales nerviosas distribuidas a lo largo del pene, generalmente en mayor cantidad en el glande.

El escroto es una bolsa cutánea en cuyo interior se encuentran los testículos, la piel del escroto

es rugosa y su pigmentación es mayor que la de otras partes del cuerpo.

Las partes internas del aparato reproductor masculino son: Los testículos, los epidídimos, los conductos deferentes, las vesículas seminales, la próstata, las glándulas bulbouretrales y la uretra.

Los testículos son cuerpos ovoidales que se encuentran alojados en el escroto, y sus funciones son: la producción de espermatozoides y de hormonas masculinas, fundamentalmente la testosterona.

Dentro de los testículos se encuentran los túbulos seminíferos, lugar donde se producen los espermatozoides, también se encuentran las células productoras de andrógenos, testosterona principalmente.

La producción de espermatozoides en los túbulos seminíferos está determinada por la estructura de los mismos; en la parte más externa de estos se encuentra una capa celular que limita al tubo, mas hacia la luz del tubo otras células sirven de sostén y al parecer también dan nutrientes a las células germinales que darán origen a los espermatozoides (Guyton, 1985).

La primera célula en la evolución de los espermatozoos, es el espermatogonio, al dividirse sucesivamente, las células nuevas se mueven hacia la luz del tubo. El primer estadio en el desarrollo del espermatozoo es el espermatocito primario que se divide para dar origen al espermatocito secundario, posteriormente se vuelve a dividir dando lugar a dos espermátides que se transforman en espermatozoos, mediante ciertos procesos celulares el espermatozoide va tomando forma hasta estar totalmente desarrollados cabeza y cola.

El epidídimo es un órgano que se ubica montado sobre cada uno de los testículos, tiene la función de colector para los espermatozoides producidos en los testículos, dentro del epidídimo se encuentra el conducto epididimario, que al salir del mismo se convierte en el conducto deferente y llega a unirse con las vesículas seminales y la próstata, más adelante, al atravesar la próstata recibe el nombre de conducto eyaculador y desemboca en la uretra.

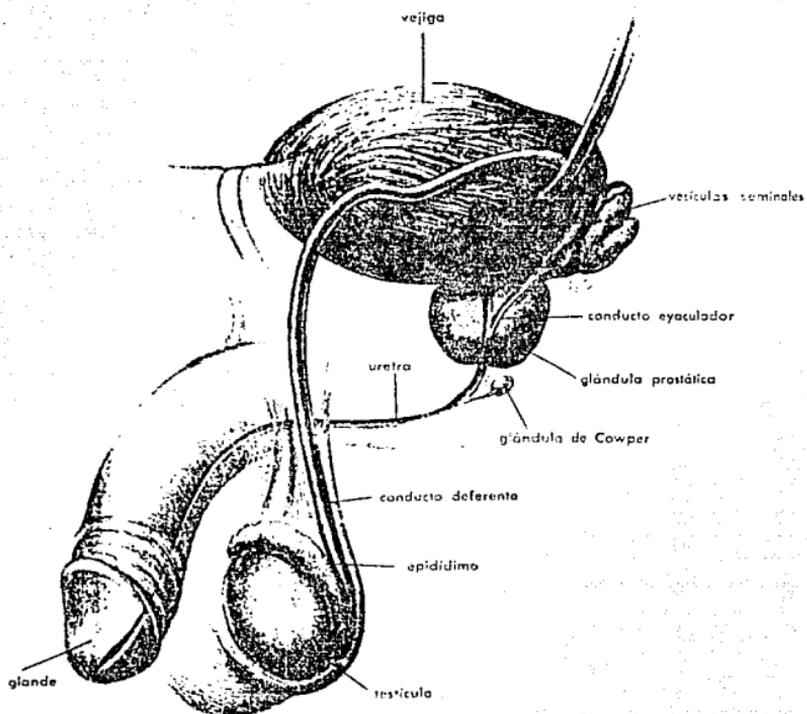
Vesículas seminales, son dos tubos ciegos que desembocan en el conducto deferente; su función es producir el líquido seminal, el cual se mezcla con los espermatozoides en el momento de la eyaculación.

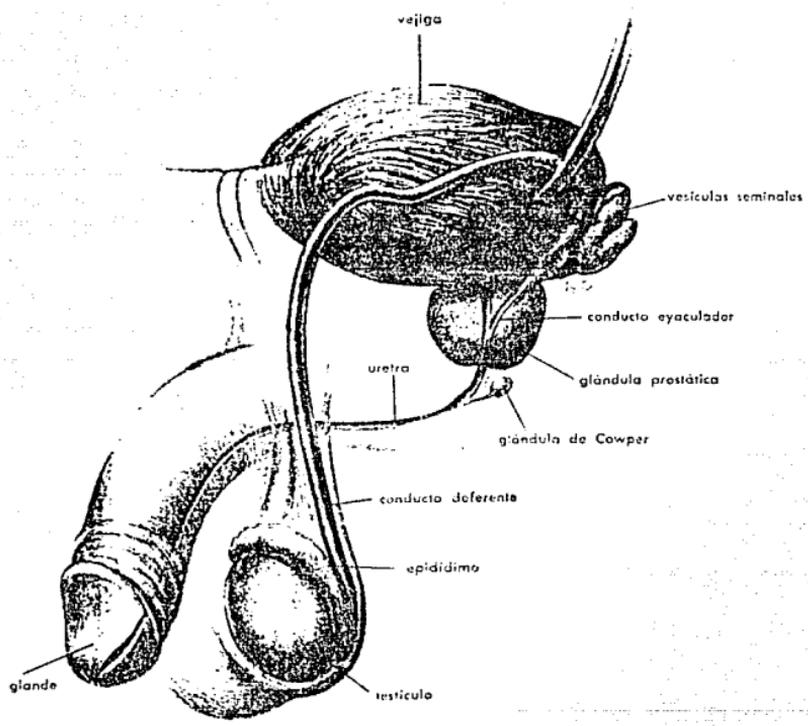
La próstata es una glándula atravesada por los conductos eyaculadores, los cuales desembocan dentro de su cuerpo hacia la uretra. El líquido prostático se une al líquido seminal y a los espermatozoides para formar el semen.

La función del líquido prostático es alcalinizar el semen, hecho que quizá tiene importancia en la capacidad de fecundación de los espermatozoides.

Las glándulas bulbouretrales, anteriormente llamadas glándulas de Cowper, son dos y se encuentran a un lado del bulbo uretral, se considera que su función es preparar a la uretra para el paso de los espermatozoides.

La uretra masculina es un conducto que comienza en el cuello de la vejiga urinaria y termina en el meato urinario del glande. Su función es conducir la orina hacia el exterior y el semen en el momento de la eyaculación.





2.4.- El Acto Sexual en el Varón.

Fase de excitación.

La respuesta principal del hombre frente el estímulo sexual es la erección del pene, esta puede producirse por estimulación directa del pene, estimulación táctil de otras estructuras corporales, o bien puede ser dirigida por centros superiores del cerebro en respuesta a una variedad de estímulos sensitivos, como la vista, el oído, el olfato, etc., e incluso las fantasías eróticas que experimentan muchos individuos (James Leslie. Mc. Cary 1969).

La erección se desencadena por un reflejo nervioso que consiste en dos componentes; el primero está constituido por impulsos nerviosos que se transmiten a partir de las células sensitivas hacia el sistema nervioso central, a través de la médula espinal, transformándose en impulsos del segundo componente (impulsos motores), los cuales viajan a los músculos o glándulas que reaccionan contrayéndose o secretando, cerrando así el arco reflejo.

La erección es un fenómeno vascular, los impulsos nerviosos estimulan el relajamiento y dilatación del músculo de las arterias profundas, específicamente las arterias helicianas, las cuales llevan la sangre a los senos de los cuerpos cavernosos inundándose de sangre, con lo que el pene crece y se pone rígido. Para ejecutar el acto sexual, es el glande la porción sensitiva que da origen a la excitación sexual y el tejido eréctil que rodea por completo la uretra y produce erección. Además de la erección, los impulsos parasimpáticos desencadenan secreción mucosa por la glándula de Cowper, y también se excitan muchas glándulas mucosas pequeñas, al moco se expulsa continuamente por el meato uretral y ayuda a la lubricación.

Fase de Meseta.

El pene que ha alcanzado en apariencia la erección completa en la fase anterior, desarrolla un mínimo aumento de vasodilatación y diámetro a medida que se acerca a la fase orgásmica. Esta tumefacción adicional del pene durante la fase de meseta se limita de modo principal a la zona de la corona del glande.

El varón al introducir el pene en la vagina y si ambos están lubricados, se facilitarán los movimientos de vaivén del pene, lo cual permite que la vagina tenga una acción de masaje sobre este, en lugar de rasparlo, el masaje crea el estímulo sexual necesario para causar eyaculación.

Fase Orgásmica.

La reacción de la fase orgásmica en el pene se desarrolla de contracciones regulares del esfínter, de la uretra y de los músculos isquiocavernosos, bulboesponjoso, transverso superficial y transverso profundo del perineo (Masters, W.H. y Johnson V.E., 1976).

Se inician entonces movimientos peristálticos en los conductos genitales, comienzan con el epidídimo y a continuación pasan hacia arriba por el conducto deferente, vesículas seminales, próstata y pene. Este fenómeno llamado eyaculación, conduce a los espermatozoides desde los testículos, a la punta del pene y a la vagina. Además de los espermatozoides, procedentes de los testículos durante la eyaculación, se expulsa moco derivado de las vesículas seminales y líquido seroso lechoso procedente de la próstata. Estos líquidos más los espermatozoides, se llaman semen.

El volumen total de cada eyaculación suele ser de 3,5 ml.: cada milímetro de semen contiene alrededor de 120 millones de espermatozoides, se expulsan en total, cerca de 400 millones de espermatozoides. Las contracciones expulsivas se desarrollan con intervalos de 0,8 segundos, son tres o cuatro y luego se reducen, suceden después contracciones de menor intensidad durante

varios segundos, irregularidades, que proyectan una cantidad mínima de semen sin prácticamente fuerza expulsiva alguna.

Esta reacción física se acompaña de una sensación distinta y altamente agradable, conocida con el nombre de orgasmo, sin duda, es una coincidencia que el orgasmo y la eyaculación ocurran a la vez, puesto que los hombres que tienen la médula espinal separada al nivel superior del centro eyaculador, pueden eyacular sin la sensación placentera que la acompaña (James Leslie, Mc Cary 1969).

Fase de Resolución.

La detumescencia del pene durante la fase de resolución, se desarrolla en dos estadios diferentes; el primero se produce temprano en el período refractario de la fase de resolución y reduce el pene hasta un 50%; esta etapa se produce por lo general con gran rapidez; la segunda etapa de la involución, que lo lleva al estado normal de no estimulación, puede extenderse más y sobrepasa con amplitud la etapa refractaria de la fase de resolución.

La rapidez con que cumpla la involución del pene (dos estadios) depende de la existencia e intensidad de los estímulos externos. Por ejemplo, si el hombre habla de cualquier objeto extrínseco, o su atención diverge a cualquier objeto asexual, la involución ocurre con relativa facilidad (Masters, W.H. y Johnson, V.E., 1976).

2.5.- Métodos Anticonceptivos en el Varón.

Los programas de planificación familiar básicamente se han enfocado hacia la mujer y muy pocas veces hacia el hombre, pero esto en la actualidad está cambiando, al propiciar la participación del varón, porque es necesaria la cooperación de los dos en la práctica de la planificación. Los medios de difusión masiva desde hace algún tiempo han emprendido campañas en las que se hace alusión a los métodos anticonceptivos más conocidos para la población masculina.

A menudo se ha considerado que los hombres tienen poco interés en la paternidad responsable, sin embargo, las pocas encuestas que hay demuestran que no es así; estos estudios indican que, no obstante su actitud desfavorable con respecto a la planificación familiar, el uso de los métodos anticonceptivos en los varones es mayor en los países desarrollados, como Inglaterra, Japón, Canadá y Estados Unidos.

Durante los años 70 y principios de los 80 aproximadamente una de cuatro parejas que practicaba la anticoncepción en países en desarrollo, empleaban para ello métodos que requieren la participación masculina; condones, vasectomía, o coito interrumpido. Hay grandes diferencias en su uso dependiendo de la cultura y de la disponibilidad de productos y servicios.

La importancia relativa de los métodos anticonceptivos masculinos está disminuyendo en los países en desarrollo, siguiendo una tendencia similar a la de los países desarrollados. La tendencia se manifiesta en los datos de 18 países, incluidos Bangladesh, Colombia, Marruecos, México y Tailandia. En todos estos países el uso de anticonceptivos entre las parejas está aumentando y en algunos casos el porcentaje de parejas que emplean un método masculino también está aumentando. Pero entre los que practican la anticoncepción, la proporción de los que emplean un método masculino se ha reducido. Esto se debe sobretudo al marcado aumento de la esterilización femenina, facilitada ahora por la aparición y diseminación de técnicas sencillas de esterilización desde principios de los años sesenta.

los países desarrollados, por mucho tiempo se utilizó la práctica del coito interrumpido o retiro, con lo cual se logró una considerable disminución demográfica.

Hasta hace sólo 25 años los escasos métodos disponibles eran en su mayoría métodos masculinos; el condón, la vasectomía, y el coito interrumpido, sin embargo, hay otros métodos como lo es, la abstinencia periódica.

El Condón.

El condón se ha usado con fines anticonceptivos por lo menos durante 250 años y por más tiempo todavía contra las enfermedades sexualmente transmitidas. Actualmente se dispone de condones de alta calidad en una gran variedad de tamaños, grosores, formas y colores. Hay modelos que tienen en su extremo un pequeño receptáculo y otros que carecen de él, los hay rectos o moldeados, lisos o graneados, secos o lubricados. Un producto nuevo recientemente que se añade a la variedad de condones mencionados es el condón espermicida, el lubricante contiene el espermicida nonoxinol-9, generalmente empleado en espumas, jaleas, supositorios y esponjas espermicidas.

Actualmente usan condones unos 46,000,000 de parejas, de ellas el 60% vive en países desarrollados, sobretodo en Estados Unidos, Japón y Reino Unido; el 40% restante vive en países en desarrollo.

Los condones presentan numerosas ventajas:

- Son de utilización sencilla.
- Son eficaces si se usan correctamente en cada coito.
- Ayudan a prevenir la transmisión de enfermedades sexualmente transmitidas, incluida la infección que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, el SIDA.
- No requieren supervisión médica.
- Pueden obtenerse a poco costo, generalmente a través de diversos distribuidores comerciales

como tiendas de autoservicio, máquinas expendedoras, etcétera.

Los condones pueden ser muy eficaces para prevenir el embarazo, aunque no se dispone de datos sobre la rotura de condones, durante su uso se han registrado tasas de embarazo de sólo 0.4 a 2 embarazos por 100 años-pareja de uso. Estas tasas tan bajas parecerían indicar que los condones raramente se rompen durante el coito.

La Vasectomía.

Es la esterilización voluntaria masculina, considerada como un método permanente utilizado aproximadamente por 41 millones de hombres. La vasectomía es casi totalmente eficaz, y merced a los últimos adelantos quirúrgicos, la intervención resulta ahora más sencilla que antes, puede realizarse con anestesia local de 5 a 15 minutos. El procedimiento mediante el cual se lleva a cabo la intervención, se efectúa mediante una incisión en el escroto y se seccionan los conductos deferentes que llevan los espermatozoides desde cada testículo a la uretra, cuando el conducto ha sido seccionado, los dos extremos se cierran generalmente por electrocoagulación o ligadura. Así el mismo procedimiento se repite en el otro conducto (Population Reports. 1987).

Una vez realizada la intervención, los espermatozoides se producirán como antes, pero al estar bloqueados los conductos, no pueden proseguir su camino y ser eyaculados.

La mayoría de los hombres que se han sometido principalmente se hallan en cuatro países: Estados Unidos, Reino Unido, China e India. En comparación con los 41 millones estimados de hombres que hasta 1987 se habían practicado la vasectomía, alrededor de 100 millones de mujeres casadas en edad fértil se habían sometido a la esterilización.

Observando estos datos, cabe preguntarse, el porqué del poco uso que se hace de la vasectomía, será la falta de motivación en los hombres, o es quizás la falta de información, información distorsionada, o servicios médicos insuficientes, es posible creer que todas estas causas influyen,

sin embargo, hay una gran idea difundida entre los hombre que al practicarse la vasectomía, se deja de experimentar placer y se pierde la eyaculación, lo cual no es cierto. Ahora bien, no se ha observado que la vasectomía produzca efectos adversos ni a corto, ni a largo plazo.

Las tasas de embarazo después de la vasectomía son muy bajas, generalmente menos del 1%. La vasectomía es por lo tanto, uno de los métodos de planificación familiar más eficaces.

Algunos hombres han pedido la reversión de la vasectomía y los cirujanos han podido volver a unir los vasos y restituir la fertilidad en un 50% de los casos, pero esto es difícil y costoso, por tal motivo se han puesto en marcha diversas investigaciones que buscan desarrollar la vasectomía en forma más sencilla y más fácilmente reversible. Los métodos que más permiten son los siguientes:

- Punción en lugar de incisión para llegar a los conductos deferentes.
- Bloqueo de sólo un extremo de cada conducto deferente.
- Bloqueo no quirúrgico de los conductos deferentes con sustancias químicas.
- Implantación de dispositivo en los conductos deferentes para bloquear el paso del espermatozoide.

En diversos países se han puesto a prueba estas nuevas técnicas, sobretodo en Estados Unidos, China, India y Brasil, no obstante aún es muy temprano para asegurar la efectividad de sus resultados.

Abstinencia Periódica.

Este es un método en el cual se evitan las relaciones sexuales durante el período fértil del ciclo menstrual de la mujer, para ello se requiere de la plena cooperación y participación de ambos cónyuges. También conocido como método del calendario, pues para practicarlo las parejas tienen que hacer cálculos basados en los ciclos menstruales previos de la mujer para estimar la fecha de la ovulación. En la actualidad la pareja puede guiarse en función de los cambios fisiológicos que produce la ovulación, por ejemplo; se eleva la temperatura basal, aumenta el resbaladizo

moco cervical, cambia la posición y la textura del cuello uterino, y se presentan otros signos como sangre intermenstrual, los dolores abdominales de la mitad del ciclo y la sensibilidad de los pechos.

Con base en la identificación de dichos cambios se han desarrollado algunos métodos, como es el caso del método de la ovulación o método de Billings, que se basa fundamentalmente en los cambios de temperatura basal y del moco cervical. El método sintotérmico, en cambio, se basa en varias señales, pero especialmente los cambios de temperatura y el moco cervical para reconocer el período fértil. Cabe observar que a pesar de los avances, ninguna de las técnicas actuales predice con exactitud los días fértiles.

Las parejas deben abstenerse, por lo tanto, durante un tiempo más prolongado que los tres o cuatro días fértiles de cada ciclo.

La abstinencia periódica es un método eficaz, pero depende de la motivación de la pareja, pues en estudios actuales, un 15% de las mujeres que usaban un método sintotérmico quedaron embarazadas en un plazo de un año, igual que un 25% de las que usaban el método del moco cervical.

Coito Interrumpido.

Método también conocido como coitus interruptus o retiro, se dice que quizás sea el medio más antiguo de prevenir el embarazo. Las parejas que llevan a cabo esta práctica realizan el coito hasta momentos antes de producirse la eyaculación. El hombre retira entonces el pene de la vagina de la mujer y la eyaculación tiene lugar completamente fuera de la vagina y de los órganos genitales externos.

El coito interrumpido tiene una tasa de ineficiencia más alta que otros métodos, generalmente la razón por la que falla es que el hombre no se retira a tiempo, sin embargo, algunas parejas aparentemente aprenden a utilizarlo con bastante éxito, se estima que actualmente recurren al

retiro 35 millones de parejas.

La Píldora y la Inyección Anticonceptiva en el Hombre.

Algunas de las hormonas utilizadas por las mujeres para el control de la natalidad (entre ellas el progestágeno contenido en: Depo-Provera) surten un efecto anticonceptivo en los varones cuando se administra en dosis altas. Sin embargo, además de suprimir la producción de espermatozoides, tales sustancias logran disminuir la producción de la testosterona, hormona sexual masculina que es la responsable del instinto sexual, y afecta el desarrollo de los músculos y el cabello, lo mismo que el peso. Por tanto, en la actualidad los investigadores están examinando la posibilidad de combinar en las píldoras masculinas prototipo una hormona que suprima la producción de los espermatozoides, con dosis compensatorias de testosterona.

Gosipol.

En china, en la década de los cincuenta se descubrió por primera vez los efectos negativos del gosipol (pigmento amarillo obtenido de una planta de algodón) en la fecundidad. Los científicos chinos descubrieron una alta prevalencia de infecundidad masculina en algunas zonas rurales, y la relacionaron con el consumo de alimentos preparados con aceite crudo de semilla de algodón. Los resultados de las primeras pruebas clínicas con gosipol, efectuados en china durante la década de los setenta, revelaron una eficacia de más del 99% para interrumpir por completo la producción de espermatozoides o para reducirla a un punto donde los hombres son prácticamente estériles.

Dos preocupaciones básicas, la reversibilidad y el daño genético, empañaron su empleo a largo plazo. Seis meses después de suspender el gosipol, casi el 80% de los varones había recuperado un recuento normal de espermatozoides, pero un 10% parecía haber quedado estéril. Se han obtenido datos contrarios en cuanto a su efecto en los cromosomas, material de la herencia

humana. Asimismo, se han observado graves alteraciones bioquímicas en algunos de los hombres que usaron gosipol (Kovacs, G. y Westmore, A., 1990).

Es probable que el gosipol no se llegue a emplear como una píldora para los varones, pero sí contribuirá a estimular la investigación dedicada a supresores espermáticos de estructura similar. La Organización Mundial de la Salud está coordinando más investigaciones sobre el gosipol en 17 centros en todo el mundo.

3.- METODOLOGIA:

3.1.- Planteamiento del Problema:

El interés por plantear las cuestiones ideológicas en torno a la planificación familiar, surge al querer conocer qué mecanismos actúan y en que forma, para lograr la aceptación o el rechazo hacia la planificación familiar.

Las investigaciones realizadas indican que la planificación familiar es conveniente para conservar la salud de la madre, el limitar y espaciar el número de hijos, además de significar para estos una mayor posibilidad de formación y de atención; repercute en la integración familiar y social por lo que debe plantearse como una alternativa a algunos problemas de tipo social y como un aspecto más que permite lograr el bienestar de los individuos.

El propósito de la presente investigación es recabar información que nos permita definir problemas que lleven a fundamentar hipótesis para realizar posteriormente estudios específicos e investigar con detalle aquellos problemas en relación a la planificación familiar que no han sido explorados, y que sin duda revisten particular importancia, como es el caso de la población masculina obrera; ya que se trata de facilitar la participación activa del varón en las acciones de regulación de fertilidad de la pareja, para que decidan tener el número ideal de hijos que deseen, para alcanzar un desarrollo familiar en condiciones de salud plena, asegurando la realización personal de sus integrantes, tanto en aspectos económicos, psicológicos -en particular emocionales-, sociales y culturales.

Es por esto que en el presente estudio, se pretenden conocer las variables que se asocian en torno a los factores económicos, biológicos, emocionales y socio-culturales, que conceptualmente determinan e influyen en la planificación familiar, así como su grado de importancia; considerando que esta no sólo es métodos anticonceptivos, sino que debe conceptualizarse en un contexto global.

Por lo que es necesario aclarar algunos términos que se usan con frecuencia y que pueden producir cierta confusión, al hablar de la planificación familiar nos tenemos que referir a la paternidad responsable, porque la planificación familiar involucra factores vinculados a la vida familiar y a la responsabilidad paterna, que van más allá de la regulación de la fecundidad, sin embargo, algunos autores al hablar de métodos de planificación familiar, se refieren más bien a métodos de regulación de la fecundidad.

El término de contracepción no implica un mecanismo de acción específico, por lo que no es propiamente anticonceptivo, tal es el caso del DIU, que tiene un efecto anti-implantatorio más que anticonceptivo.

Control de la Natalidad es un término de carácter demográfico que implica todos aquellos factores que inciden en una baja en las tasas de natalidad que incluyen a los métodos anticonceptivos, al igual que la mortalidad intrauterina, al aborto y a otros factores (Secretaría de Salubridad, 1986).

Los métodos anticonceptivos se clasifican en dos grandes grupos:

- | | | |
|--------------|---------------------------|--|
| | 1) Métodos tradicionales: | Coito interrumpido |
| Temporales: | 2) Métodos Naturales: | Ritmo y Lactancia |
| | 3) Métodos Locales: | Condón, Diafragma, Espermaticidas, DIU |
| | 4) Métodos Hormonales: | Píldora e Inyectables |
| Definitivos: | 1) Quirúrgicos: | Vasectomía y Salpingoclasia |

3.2.- Hipótesis.

HIPOTESIS CONCEPTUAL:

Los factores económicos, socioculturales, emocionales y biológicos determinan e influyen en la planificación familiar en obreros del sexo masculino.

3.3.- Variables.

VARIABLES INDEPENDIENTES.

A) FACTOR ECONOMICO:

En un sentido amplio, es el que está determinado por las variables demográficas: natalidad, mortalidad y migración. Tiene por objeto la asignación de recursos considerados escasos, destinados a la producción y distribución de bienes, para la satisfacción de las necesidades humanas. En el contexto familiar está determinado por los recursos económicos necesarios para la satisfacción de necesidades.

B) FACTOR SOCIOCULTURAL:

Consiste en patrones culturales, transmitidos mediante los valores, las normas, las creencias, hábitos, ideas, etcétera, de un determinado grupo social. Se refiere a las interacciones entre los individuos sobre la base de la socialización, que se inicia y desarrolla dentro del grupo primario que es la familia.

C) FACTOR EMOCIONAL:

Es el factor que tanto en sus orígenes como en sus consecuencias, se expresa en forma de sentimientos, de emociones, que implican el deseo de dar o recibir un sentimiento que podría considerarse altruista, en el sentido de que es puro, sin esperar recibir nada a cambio. El grado de pureza de los sentimientos depende de la subjetividad y de la capacidad comprensiva de cada intelecto y la propia tonalidad depende de las propias inclinaciones naturales subjetivas de la personalidad. (González, Nuñez. 1988).

D) FACTOR BIOLÓGICO:

Es el que se refiere a la anatomía y fisiología del aparato reproductor, tanto del hombre como de la mujer, así como el de utilizar los medios médicos adecuados para la regulación de la fertilidad y considera a la planificación familiar como una medida de protección para la salud.

VARIABLE DEPENDIENTE:**PLANIFICACION FAMILIAR:**

Es desear los nacimientos y planear su número, así como su espaciamento. Abarca muchos aspectos, los que no pueden ser aislados o estudiados separadamente sin considerar a los demás. Estos aspectos; económico, sociocultural, emocional y biológico, determinan la idiosincrasia de los individuos e influyen sobre la planeación que se haga de la familia.

3.4.- Muestra.

Se llevó a cabo un muestreo de tipo no probabilístico, de cuota. De un grupo natural de 125 obreros, que trabajan en una fábrica dedicada a la manufactura de película de polietileno; se seleccionaron 50 sujetos haciendo una clasificación de estratos. Los criterios de inclusión de acuerdo con los objetivos de nuestro estudio fueron: sujetos de sexo masculino, edad de 20 a 30 años, que vivieran en pareja y que tuvieran al menos un hijo, de nivel socioeconómico medio bajo (el control de esta variable, se hizo a través de la empresa, ya que practican un estudio socioeconómico al personal cuando es contratado; ubicando en este nivel a los obreros que tienen un ingreso mensual de dos a cuatro salarios mínimos. Se seleccionó este tipo de muestra debido a la disponibilidad de los sujetos y a la accesibilidad de la empresa para la aplicación del instrumento.

3.5.- Tipo de Estudio.

Corresponde a un estudio exploratorio de campo, de tipo *ex post facto*. Se realizó este tipo de estudio, para lograr una primera aproximación al fenómeno, y para ver cómo se relaciona dicho fenómeno con ciertos eventos que suceden a su alrededor, (Pick de Weiss, 1984). En este estudio no se manipulan variables independientes, porque su principal característica consiste en que se realiza en el medio natural que rodea al individuo.

3.6.- Diseño.

Se utilizó un diseño de una sola muestra. Este tipo de diseño, se utiliza principalmente en estudios descriptivos o exploratorios; cuando queremos conocer algunos aspectos relativos a una población, (Pick de Weiss, 1984).

3.7.- Lugar de Aplicación.

Un cubículo privado al que se tuvo acceso en el lugar de trabajo de los sujetos.

3.8.- Descripción del Instrumento.

Se determinó la validez del contenido del instrumento, definiendo inicialmente las variables a medir de cada uno de los factores: económico, biológico, emocional y sociocultural; para posteriormente realizar la investigación teórica, que conjuntamente con las opiniones del asesor sobre el tema, nos ayudaron a determinar las posibles formas de respuesta que se podían presentar.

Se elaboró un cuestionario inicial (Anexo I), de preguntas abiertas, dado que se buscaba el máximo grado de espontaneidad en las respuestas, aplicándolo a 10 personas con las

características específicas de la muestra; lo que nos permitió mejorar la validez del instrumento, con base en los comentarios y dudas expresadas por estas personas en cuanto a la claridad y entendimiento de las preguntas.

Una vez reeditado el cuestionario, se procedió a la aplicación del mismo, que para determinar la influencia de cada uno de los factores y en su conjunto en la planificación familiar, quedó estructurado de la siguiente manera: (Anexo 2).

I DATOS DE INFORMACION GENERAL:

- 1.- Datos Personales.
- 2.- Concepto de Planificación Familiar y Uso de Anticonceptivos.

II DATOS DE INVESTIGACION:

- 1.- Aspectos Económicos relacionados con la Planificación Familiar.
- 2.- Aspectos Biológicos relacionados con la Planificación Familiar.
- 3.- Aspectos Emocionales relacionados con la Planificación Familiar.
- 4.- Aspectos Socioculturales relacionados con la Planificación Familiar.

3.9.- Procedimiento.

Se aplicó el cuestionario de manera individual, solicitando a aquellos sujetos que cubrían con las características de la muestra estudiada, lo contestaran voluntariamente; proporcionándoles información respecto al objetivo del cuestionario y aclarando dudas, si surgían respecto al mismo.

Al terminar de contestar el cuestionario, le pedimos a cada uno de los sujetos, previa explicación y reaseguramiento de que habían entendido los cuatro factores: Económico, Biológico, Emocional y Sociocultural; que jerarquizaran en grado de importancia, dando prioridad 1 al factor más importante, y así sucesivamente hasta el 4, que sería el factor menos importante para ellos, respecto a la influencia de estos en su respuesta hacia la planificación familiar.

4.- PRESENTACION DE RESULTADOS.

Con base en el cuestionario utilizado se realizó un análisis de contenido de la información, "cerrando" las respuestas, es decir, se diseñaron categorías dentro de las cuales se pudieran clasificar las respuestas a cada una de las preguntas. "En este procedimiento de análisis interesa fundamentalmente el estudio de las ideas y no de las palabras con que se expresan" (Ander, 1978).

El grupo de categorías se diseñaron con base en estos dos principios:

- 1.- Debe ser exhaustivo, debe ser posible colocar cada respuesta en alguna de las categorías del grupo.
- 2.- Las categorías deben ser mutuamente excluyentes, es decir, no debe ser posible colocar una respuesta en más de una categoría.

Los pasos que se siguieron para la codificación de las preguntas fueron:

- 1.- Se concentraron todas las respuestas de cada una de las preguntas, tal y como aparecen en cada uno de los cuestionarios.
- 2.- Se agruparon las respuestas anotando su frecuencia.
- 3.- Se seleccionaron las respuestas que aparecían con mayor frecuencia.
- 4.- Las respuestas seleccionadas se clasificaron en temas, aspectos o rubros, de acuerdo a los principios previstos en el diseño de categorías.
- 5.- Después de cerrar las preguntas abiertas se probó el funcionamiento de las categorías

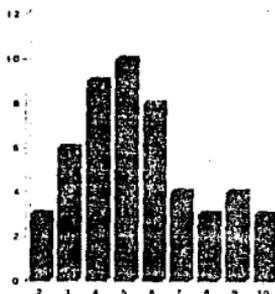
establecidas mediante una codificación de prueba, para comprobar la fidelidad del código.

6.- Se codificaron la totalidad de los cuestionarios.

Una vez terminada la codificación con sus respectivas frecuencias y porcentajes, se presentan los resultados por medio de tablas y gráficas.

DATOS PERSONALES

VIVIR EN PAREJA



AÑOS	FREC.	%
2	3	6
3	6	12
4	9	18
5	10	20
6	8	16
7	4	8
8	3	6
9	4	8
10	3	6

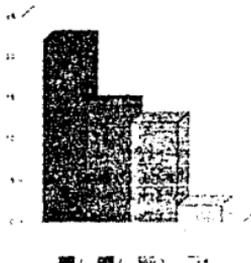
EL 100% TIENEN HASTA 10 AÑOS DE VIVIR EN PAREJA.

LA X CORRESPONDE A 4 AÑOS DE VIVIR EN PAREJA

DATOS PERSONALES

NUMERO DE HIJOS

LA X DEL NO. DE
HIJOS ES DE 1



NO. HIJOS	FREC.	%
1	22	44
2	14	28
3	12	24
4	2	4

EL 100% DE LOS SUJETOS TIENE MENOS DE 5 HIJOS.

EL 44% TIENE SOLO 1 HIJO

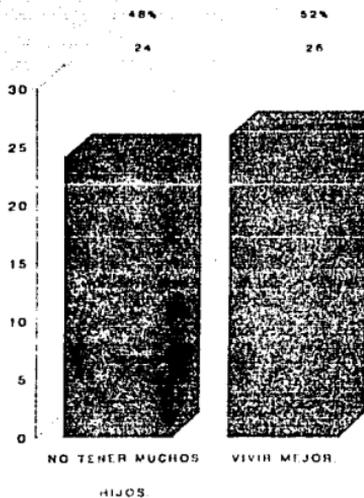
EL 28% TIENE 2 HIJOS

EL 24% TIENE 3 HIJOS

Y EL 4% TIENE 4 HIJOS

¿PARA UD., QUE ES LA PLANIFICACION FAMILIAR?

PREG. NO. 6



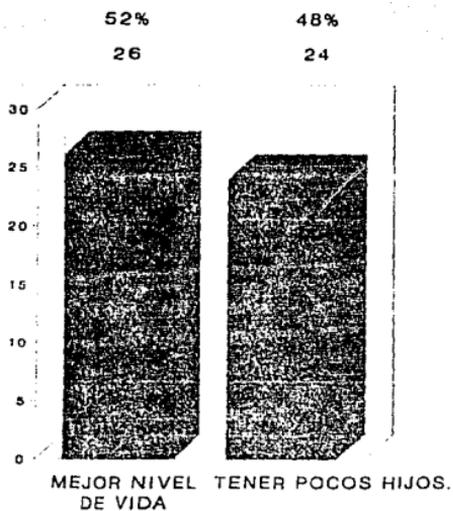
EL CONCEPTO DE PLANIFICACION FAMILIAR ES ENTENDIDO COMO:

VIVIR MEJOR, PARA EL 52% DE LOS SUJETOS.

NO TENER MUCHOS HIJOS, PARA EL 48% DE LOS SUJETOS

**CON CUALES ASPECTOS ESTA UD. DE ACUERDO CON
LA PLANIFICACION FAMILIAR?**

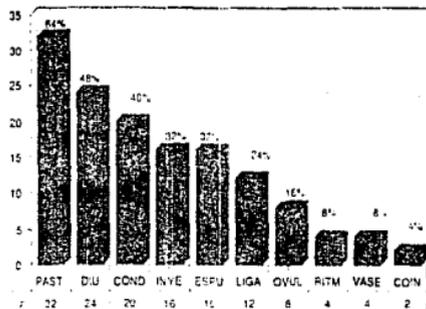
PREG. NO. 7



EL 62% DE LOS SUJETOS ESTA DE ACUERDO CON LA P.F. PORQUE
LE PERMITE MEJORAR SU NIVEL DE VIDA; Y EL 48% PORQUE
PUEDE TENER POCOS HIJOS.

¿CUALES METODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCE?

PREG. NO. 8



LOS SUJETOS DE LA MUESTRA, TIENEN UN ALTO CONOCIMIENTO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS. EL 100% MENCIONO CONOCER UNO O MAS METODOS. DESTACAN LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES, CON UN PORCENTAJE DEL 64% Y EL DIU, CON UN 48%. LE SIGUEN EL

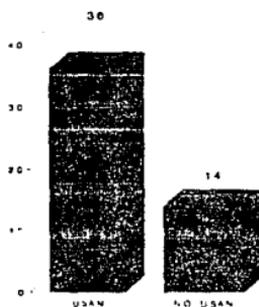
CONDON, CON UN 40%, LAS INYECCIONES Y LAS ESPUMAS, CON UN 32% RESPECTIVAMENTE. LA LIGADURA CON UN 24%, LOS OVULOS CON

UN 16%; EL RITMO, LA VASECTOMIA Y EL COITO INTERRUMPIDO, SON LOS METODOS QUE TIENEN UN MENOR PORCENTAJE DE CONOCIMIENTO.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

¿QUE METODO ANTICONCEPTIVO USA?

PREG. NO. 9

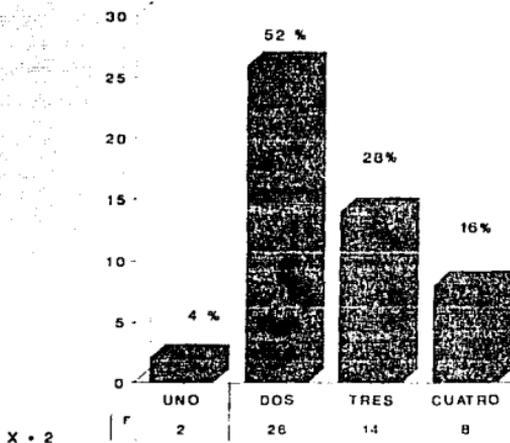


METODO	FREC.	%
DIU	22	44
SALPINGOCLASIA	4	8
RITMO	4	8
VASECTOMIA	4	8
PILDORAS	2	4
NINGUNO	36	72
	14	28
TOTAL	50	100

EL 72% DE LOS SUJETOS UTILIZA ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO Y EL 28% NINGUNO. DE LOS QUE USAN, EL 77% ES POR PARTE DE LA MUJER Y SOLO EL 11% LOS USAN LOS HOMBRES, QUE CORRESPONDE A LA VASECTOMIA. EL METODO ANTICONCEPTIVO QUE INCLUYE LA PARTICIPACION DE LA PAREJA ES EL RITMO, Y CORRESPONDE AL 11% RESTANTE.
EL DIU ES EL METODO QUE PRESENTA LA MAYOR FRECUENCIA DE USO.

CUAL ES EL NUMERO IDEAL DE HIJOS PARA UD.?

PREG. NO. 10



EL 52% DE LA MUESTRA ESTUDIADA REFIERE UN IDEAL DE 2 HIJOS. EL 28% UN IDEAL DE 3 HIJOS, ES DECIR, QUE ENTRE EL IDEAL DE 2 Y 3 HIJOS SE ENCUENTRA EL 80% DE LA MUESTRA. UN 4% TIENE EL IDEAL DE 1 HIJO Y EL 16% DE 4 HIJOS.

CUADRO COMPARATIVO DEL NO. DE HIJOS REAL E IDEAL

NO. HIJOS	FREC. NO.HIJOS REAL	%	FREC.NO.HIJOS IDEAL	%
1	22	44	2	4
2	14	28	36	52
3	12	24	14	28
4	2	4	8	16

ENCONTRAMOS QUE EL 44% DE LOS SUJETOS TIENE SOLO 1 HIJO, QUE COMPARADO CON EL IDEAL DE 1 HIJO, QUE REPRESENTA EL 4%, INDICA QUE EXISTE UNA TENDENCIA A AUMENTAR EL NO. DE HIJOS QUE TIENEN ACTUALMENTE, ESTA TENDENCIA SE ORIENTA HACIA TENER DE 2 A 3 HIJOS, YA QUE EL 80% DE LA MUESTRA LO REFIERE COMO IDEAL, LO MISMO SE OBSERVA EN EL IDEAL DE 4 HIJOS, QUE ES MAYOR AL REAL.

RESULTADOS DE CADA UNO DE LOS FACTORES:

La descripción de cada una de las categorías con sus respectivas frecuencias y porcentajes se localizan en el Anexo No. 3. La jerarquización del total de factores por grado de importancia de todos los sujetos se presentan en el Anexo No. 4, con su respectiva gráfica.

I.- FACTOR ECONOMICO:**11.- ¿COMO INFLUYE LA SITUACION ECONOMICA DEL PAIS PARA DECIDIR CUANTOS HIJOS VA USTED A TENER?**

El 92% de la muestra estudiada refiere que influye mucho la situación económica del país, para decidir cuantos hijos va a tener. Los principales aspectos que mencionan son:

- No alcanza lo económico para proporcionar a los hijos lo indispensable.
- Por el futuro incierto y tener sólo los hijos que seamos capaces de educar y preparar para ese futuro.
- En que los satisfactores necesarios para vivir son de alto costo.
- La situación es cada vez más cara.
- Los salarios no alcanzan para cubrir las necesidades básicas.
- No alcanza los salarios para que los hijos tengan un buen desarrollo.
- No alcanza para mantener más de tres hijos.

15.- ¿COMO SE AFECTA SU ECONOMIA FAMILIAR POR LA CRISIS ECONOMICA QUE SE VIVE EN NUESTRO PAIS?

El 92% de la muestra opina que influye mucho porque no les alcanza para satisfacer sus necesidades básicas. Entre las respuesta más representativas, se menciona:

- No alcanza para dar las comodidades a los hijos (más de dos).
- Afecta mucho, pero siendo pocos se siente menos.
- Por los altos costos, hay que controlar los gastos.
- Insuficiencia del salario.
- Carestía de los artículos de primera necesidad.

19.- **¿CON EL SALARIO QUE USTED PERCIBE ACTUALMENTE CUANTOS HIJOS PODRIA MANTENER?**

El 68% de la muestra menciona que puede mantener a dos hijos, el 12% refiere que solo a uno, otro 12% indica que a tres y el 8% restante a cuatro hijos.

23.- **¿SI PUDIERA MANTENER A UN NUMERO ELEVADO DE HIJOS CUANTOS TENDRIA?**

El 48% de los sujetos menciona 3 hijos, el 28% menciona 4, si agrupamos estos dos porcentajes constituyen el 76% de la muestra.

Aquí observamos que existe diferencia entre el número de hijos que quisieran tener y los que pueden mantener.

27.- **¿CON SUS POSIBILIDADES ECONOMICAS QUE NIVEL EDUCATIVO CONSIDERA QUE PUEDE PROPORCIONAR A SUS HIJOS?**

EL 44% de los sujetos refiere que puede proporcionar a sus hijos el nivel de estudios que ellos quieran (lo que ellos quieran estudiar), lo que resulta muy ambiguo. El 20% menciona que una carrera universitaria, el 12% que una carrera corta , un 8% preparatoria, otro 8% secundaria y el 8% restante no saben .

31. MENCIONE CUALES NECESIDADES DE SUS FAMILIA PUÉDE SATISFACER ACTUALMENTE CON EL SALARIO QUE PERCIBE (ALIMENTACION, ROPA, CALZADO, DIVERSIONES, EDUCACION, ETC.)

El 100% de la muestra menciona que puede satisfacer las necesidades de alimentación y educación, el 96 % ropa y calzado, el 92% diversiones.

II.- FACTOR BIOLÓGICO:

12.- ¿COMO INFLUYE LA PLANIFICACION FAMILIAR PARA QUE TODOS LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA ALCANCEN UN DESARROLLO FISICO, MENTAL Y SOCIAL ADECUADO?

La mayoría de los sujetos, el 92% menciona que la planificación familiar influye para mejorar su calidad de vida. Las respuestas que aparecen con mayor frecuencia son:

- Al planificar la familia y tener dos o tres hijos se puede alimentar y educar mejor.
- Teniendo pocos hijos la familia podrá tener un mejor nivel educativo, social y económico.
- Si influye porque al tener pocos hijos se les puede dar lo necesario para su desarrollo.

- Teniendo una familia moderada se tiene suficiente tiempo para dedicarse a cada uno de ellos y no descuidarlos.
- Al tener pocos hijos, se puede obtener mayor bienestar para todos.

16.- ¿COMO LA PLANIFICACION FAMILIAR SE RELACIONA CON LA SALUD DE SU ESPOSA?

El 84% opina que influye mucho porque con la planificación familiar tiene menos hijos y la mujer conserva su salud. Un 8% menciona que no se relaciona y otro 8% que se perjudica.

20.- ¿PORQUE ES NECESARIO TOMAR EN CUENTA LA SALUD DE SU ESPOSA, PARA DECIDIR CUANTOS HIJOS DESEAN TENER?

El 44% considera que es necesario para proteger la vida de la madre y la del bebe, un 20% porque ella es la que procrea y otro 20% para procrear hijos sanos, el 16% porque si la madre esta sana educa y atiende mejor a sus hijos.

24.- ¿EN QUE ASPECTOS SE BENEFICIA LA SALUD DE SUS ESPOSA Y LA DE SUS HIJOS CON LA PLANIFICACION FAMILIAR?

El 68% opina que se beneficia al tener menos enfermedades y el 32% porque al tener menos hijos se puede cuidar la salud de toda la familia.

28.- ¿COMO LA PLANIFICACION FAMILIAR AYUDA A EVITAR EL ABORTO?

El 60% de los sujetos refiere que porque ayuda teniendo solo los hijos deseados y el 40%

menciona que evita el embarazo no deseado por medio del uso de anticonceptivos.

32.- ¿COMO ES QUE LA PLANIFICACION FAMILIAR SE RELACIONA CON LA SALUD Y LA FELICIDAD DE SUS FAMILIA?

El 68% menciona que la planificación familiar incide para que exista salud y armonía en su familia, y el 38% relaciona la planificación familiar con el mejoramiento de su nivel de vida.

III.- FACTOR EMOCIONAL:

14.- ¿QUE SENTIMIENTO LE PRODUCE TENER HIJOS?

El 80% menciona sentimientos de satisfacción, alegría y cariño; y como responsabilidad el 20% restante.

18.- ¿COMO SE SENTIRIA USTED SI TUVIERA MAS HIJOS?

El 80% de los sujetos se sentiría preocupado, presionado económicamente; un 12% se sentiría con mayor responsabilidad, y un 8% se sentirían bien, un poco presionados económicamente.

26.- ¿QUE ESPERA RECIBIR A CAMBIO, POR EL CUIDADO Y EL AFECTO QUE LES DA A SUS HIJOS?

EL 60% espera obtener satisfacción y que sus hijos triunfen en la vida; el 36% espera

obtener cariño y respeto, y 4% agradecimiento económico.

30.- ¿COMO SE SENTIRIA SI NO TUVIERA HIJOS?

El 80% se sentiría mal, solo, frustrado, triste; el 16% no le afectaría y el 4% no sabe.

34.- ¿COMO SE SENTIRIA SI SU ESPOSA NO PUDIERA TENER HIJOS?

Un 52% se sentiría mal, triste, resignado, decepcionado; un 44% refiere que no le afectaría, y un 4% no lo sabe.

36.- ¿COMO SE VERIA AFECTADA SU MASCULINIDAD SI USTED NO PUDIERA TENER HIJOS?

Un 48% menciona que se afectaría mucho, un 28% que no se afectaría, un 20% que se afectaría un poco y un 4% no lo sabe. Las respuestas que refirieron son:

- Un poco decepcionado conmigo mismo, tendría que soportar el fracaso.
- Mal, porque puede ser debido a alguna enfermedad.
- Me sentiría diferente a todos los hombres que me rodean, pensarían que soy impotente.
- Mal, porque mis amigos hablarían mal de mi.

IV.- FACTOR SOCIOCULTURAL:

13.- ¿QUIEN DECIDIO EL NUMERO DE HIJOS QUE QUIERE TENER?

El 80% lo decidieron en pareja, el 16% lo decidió la mujer y sólo el 4% el hombre.

17.- ¿COMO INFLUYO EL QUE SUS CONOCIDOS Y AMIGOS TENGAN HIJOS, PARA QUE UD. DECIDIERA TENER HIJOS?

El 76% de la muestra refiere que no influyeron, que más bien es una decisión de pareja, un 12% menciona que fue decisión del sujeto, y en el otro 12% sí influyeron.

21.- ¿COMO SE VERIA AFECTADO SU PRESTIGIO ANTE LAS PERSONAS QUE LO CONOCEN, SI UD., NO TUVIERA HIJOS?

El 52% indica que no se afectaría, un 40% refiere que sí se afectaría y un 8% no lo sabe.

Las respuestas más representativas son:

- Habría críticas, pero eso no es lo importante en la pareja.
- En ningún modo una persona se desprestigia si no tiene hijos.
- No afectaría, si dios no los manda, hay que resignarse.
- Me sentiría mal, porque pueden pensar mal de mí o de mi esposa.

22.- ¿QUE PENSARIAN SUS CONOCIDOS SI UD. TUVIERA MUCHOS HIJOS?

El 72% de la muestra menciona que pensarían mal, al 16% no le importa, y un 12% considera que lo aconsejarían. Las respuestas referidas son:

- Algunos dirían que soy macho y otros me tacharían de irresponsable.
- Pensarían que si ganaré para mantenerlos.
- Pensarían mal, ya que cuando se tienen muchos hijos no alcanza para alimentarlos, ni para educarlos.

25.- ¿EN LA PAREJA, QUIEN DEBE SER EL RESPONSABLE DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS?

El 80% menciona que la pareja, el 16% que debe ser responsabilidad de la mujer, y sólo el 4% que debe ser del hombre.

29.- ¿QUE ACTIVIDADES REALIZABA EN SU TIEMPO LIBRE, ANTES DE TENER HIJOS?

El 72% de los sujetos refiere diversiones, un 16% que realizaba las mismas que en la actualidad, y el 12% otras.

33.- ¿EN QUE ASPECTOS SE VE AFECTADA SU LIBERTAD INDIVIDUAL AL TENER HIJOS?

El 80% de la muestra refiere que no se afecta en ningún aspecto, y el 20% refiere que sí se afecta. Algunas de las respuestas son:

- No se afecta, porque me siento más feliz con mi esposa y mis hijos que sólo.
- En ninguno, me gusta aceptar mi responsabilidad.
- En ninguna forma, ya que la sigo teniendo sin descuidar a mi familia.
- En ninguno, ya que se planean las actividades en familia.

35.- ¿COMO SE VEN AFECTADAS SUS ASPIRACIONES PERSONALES, POR EL HECHO DE TENER HIJOS?

El 84% de los sujetos, menciona que no se ven afectadas, y el 16% que sí se afecta.

Se refieren las siguientes respuestas con mayor frecuencia.

- No se afecta en lo más mínimo, al contrario existe mayor fuerza para salir adelante.
- No se afecta, ya que es una gran satisfacción tener un hijo, porque es la realización de todo ser humano.

37.- ¿COMO INFLUYERON SUS PADRES PARA DECIDIR, CUANTOS HIJOS VA UD. A TENER?

El 68% de la muestra menciona que no influyeron y el 32% que sí influyeron.

- La mayoría de los sujetos mencionan que es poca la influencia, porque es una decisión de pareja.

38.- ¿COMO INFLUYERON LOS ANUNCIOS DE RADIO Y TELEVISION PARA DECIDIR CUANTOS HIJOS VA UD. A TENER?

El 72% menciona que sí influyeron y el 28% que no influyeron. Las respuestas más representativas son:

- Nos orientan acerca de la realidad que está viviendo el país, y a la vez nos sugieren que sólo se tengan los hijos que se puedan mantener.
- Ayudan porque uno aprende que la familia pequeña vive mejor.

Como enfoque teórico importante, la hipótesis conceptual presupone la influencia de los factores económicos, socioculturales, emocionales y biológicos como determinantes en la planificación familiar. Los datos encontrados, señalan que los cuatro factores enunciados influyen en la planificación familiar.

En el aspecto económico, la mayoría de los sujetos afirman que tiene una importancia fundamental, dado que por la situación económica que se vive en el país, y que a su vez afecta su economía familiar, tienen que decidirse y pensar cuántos hijos quieren tener, en función de cuántos pueden mantener.

Es importante destacar, que en su mayoría, pueden mantener a dos hijos; sin embargo, existe el anhelo ideal de tener de tres a cuatro, si tuvieran mayores posibilidades económicas.

Por otra parte, el factor económico predomina en importancia sobre los otros tres factores.

En el aspecto sociocultural, observamos que sí es importante y determina la planificación familiar, aunque de manera menos importante que los factores económico, biológico y emocional.

Respecto a la influencia en las interacciones sociales y la transmisión de pautas generacionales, encontramos que esta va siendo menos determinante. La decisión del número de hijos que se quieren tener se va convirtiendo ya, en una decisión de pareja, con poca influencia de amigos, conocidos o padres. Sin embargo, parece existir una tendencia de origen social, a tener pocos

hijos, los medio de comunicación masiva como radio y televisión son medios importantes de transmisión.

En el aspecto emocional, encontramos que sí es importante y determina la planificación familiar, porque la mayoría de los sujetos mencionan sentimientos de satisfacción, alegría y cariño, por el hecho de tener hijos; no obstante, el factor económico es más importante que el emocional, porque argumentan que se sentirían más preocupados, presionados económicamente si tuvieran más hijos. No esperan recibir nada material a cambio, esperan que sus hijos triunfen en la vida y de esta manera ellos obtener una especie de retribución de tipo emocional. Si no tuvieran hijos, aparecerían sentimientos de tristeza, decepción y frustración. En este punto aparece una variante, porque el factor emocional es más importante que el sociocultural, pero menos importante que el económico, por lo ya mencionado, y que el biológico, porque este se relaciona con el cuidado y la conservación de la salud de la familia.

El aspecto biológico, también es importante e influye en la planificación familiar. Los sujetos toman en cuenta la planificación familiar, como una medida de proteger la salud de la esposa y de sus hijos; porque al proteger la salud de la esposa, ella está en condiciones de proteger a sus hijos de enfermedades y cuidar de su educación, lo que no sería fácil, teniendo muchos hijos. Se encontró que el factor biológico es más determinante en la planificación familiar, que los factores emocional y sociocultural, pero menos importante que el económico.

5.- DISCUSION DE RESULTADOS:

La planificación familiar debe ser considerada como el conjunto de procedimientos que permiten mejorar el nivel de salud, tanto individual y familiar, como el de la colectividad, ya que procura obtener un bienestar integral del individuo y de la sociedad. La planificación familiar no sólo implica el control de la fecundidad, sino que al conceptualizarse dentro del marco de la atención integral de la salud, se le puede catalogar no sólo como un servicio médico, sino como un satisfactor social, dadas las características demográficas de nuestro país.

Por otra parte, es necesario considerar las repercusiones sociales y psicológicas del crecimiento familiar acelerado y una educación sexual inadecuada, que además de la explosión demográfica plantea una serie de problemas de diferente índole: aborto, hijos no deseados, madres solteras, madres muy jóvenes, matrimonio prematuros, divorcios, relaciones extramaritales, enfermedades venéreas, desajustes psicosexuales, perversiones sexuales, disfunciones psicosexuales, desajustes emocionales, falta de confianza y respeto entre los sexos, falta de confianza entre padres e hijos y roles sexuales estereotipados (Monroy, 1977).

Es importante señalar que aún cuando la participación del hombre en la práctica de la anticoncepción en México va en aumento en la actualidad, comparado con otros países la contribución del varón se mantiene en niveles muy bajos; en los países desarrollados, un 52% de las mujeres, se encuentran protegidas por métodos masculinos, como el condón, vasectomía,

coito interrumpido, incluyendo también al ritmo, es decir, que una de cada dos usuarias de anticonceptivos se encuentra protegida por esta clase de métodos, mientras que para México, la relación es de uno por cada cinco mujeres (Population Reports, M-8, nov. 1986).

Hay grandes diferencias sin embargo, entre los países, cuya causa principal puede ser la diferente disponibilidad de productos y servicios de planificación familiar, condicionadas por las políticas de población, la cultura e idiosincrasia de cada país.

Como resultado sobresaliente de la presente investigación, cabe señalar que todos los factores que determinan e influyen en la decisión de planificar la familia, contribuyen de manera significativa, además de estar interrelacionados; y que dependiendo de las condiciones económicas, sociales y culturales, van a adquirir mayor o menor relevancia. En el caso de la muestra estudiada el promedio de hijos es de uno, quizá porque en promedio tienen 4 años de vivir en pareja, y como son personas jóvenes su capacidad reproductiva aún no termina.

En el presente estudio el factor económico destaca como el más determinante en su influencia hacia la aceptación de la planificación familiar, encontramos que el interés que los hombres demuestran hacia la planificación familiar se debe en primera instancia a que les permite mejorar su nivel de vida al tener pocos hijos. En segundo término el factor biológico tienen una influencia importante en la planificación familiar, al relacionarse con el cuidado y la conservación de la salud materno-infantil. Retomando las ideas de Chojiro Kunii, podemos plantear que los programas de planificación familiar deben ir coordinados conjuntamente con medidas preventivas

de salud: en programas de vacunación, parasitosis, enfermedades gastrointestinales y otras.

En el estudio de Hall, M. Francoise, (1968) sobre el uso de anticonceptivos y actitudes hacia el aborto llevado a cabo comparando hombres del medio urbano y del medio rural, sobre la responsabilidad de cada uno de los compañeros maritales hacia la limitación de la familia, razones para el uso o no uso de anticonceptivos y actitudes hacia el aborto inducido; sus resultados indicaron que el hombre tanto del medio urbano como del medio rural, consideraron suyo un rol influenciado en la planificación familiar, el aborto sólo fue aprobado en caso de enfermedad materna, probables deformidades del feto, por violación y por razones socioeconómicas. En el presente estudio se confirman los resultados anteriores, porque los sujetos tienen una opinión positiva y están de acuerdo con la planificación familiar, además de que consideran que con el uso de anticonceptivos se puede evitar el aborto, así como tener hijos no deseados. No obstante, encontramos que en el uso de métodos anticonceptivos, un 77% los usan las mujeres y únicamente el 11% los usan los hombres, a pesar de que en los últimos años, el uso de métodos anticonceptivos por parte del varón: el condón, la vasectomía y el uso del coito interrumpido, tuvieron un incremento del 55.5% entre 1979 y 1987, al pasar el porcentaje de usuarios protegidos por estos métodos, de 7.2% al 11.2%. Además observamos que los sujetos que emplean un método definitivo como la vasectomía son los que tienen de tres a cuatro hijos.

Los datos aportados por las encuestas nacionales, según los datos de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de 1987, mencionan que el uso de los métodos más eficaces conservan su predominio, ya que el 80.6% de las usuarias activas recurrió a estos métodos: hormonales. DIU

y salpingoclasia, el 4.7% al uso de los métodos locales y el 14.7% optó por algún método tradicional: ritmo y coito interrumpido. En la presente investigación encontramos similitudes: el mayor porcentaje de uso, el 88.8% corresponde a los métodos de mayor eficacia, como el dispositivo intrauterino, la salpingoclasia, la vasectomía y los hormonales; sólo el 12% restante de los usuarios activos de la muestra utiliza un método tradicional, como el ritmo.

Del total de los métodos anticonceptivos utilizados, sobresalen particularmente: el DIU con un 61.1%; los métodos definitivos con un 22.2% y los hormonales con un 11.1%; esto puede deberse a la adscripción de los sujetos al Instituto Mexicano del Seguro Social, pues gran parte de las actividades de la planificación familiar de esta institución están dirigidas a promover el uso de estos métodos. También puede deberse a que todos los sujetos tienen al menos un hijo, y que por lo mismo han estado en contacto con servicios de atención materno-infantil o de planificación familiar, situación que consideramos está influyendo sobre el comportamiento reproductivo en términos de conocimientos y actitud hacia la regulación de la fecundidad y el uso de métodos anticonceptivos.

6.- CONCLUSIONES:

Deben diseñarse programas de planificación familiar dentro de una perspectiva integral, considerando no sólo los aspectos biológicos de la sexualidad, sino también los aspectos psicológicos -en particular emocionales-, socioculturales y económicos que influyen en la conducta reproductiva.

Los programas de planificación familiar lograrán resultados limitados si se dirigen exclusivamente a la mujer, por lo que simultáneamente a los esfuerzos por mejorar la salud materno-infantil, deberán dirigirse a eliminar o reducir los obstáculos que los hombres tan a menudo ponen al control de la mujer sobre su propia fertilidad, y en el mejor de los casos, lograr que el hombre participe como usuario de anticonceptivos plenamente conciente y responsable.

La pareja debe comprender que la planificación familiar es algo más que la simple determinación del número y espaciamiento de los hijos, es también el mecanismo mediante el cual se propicia la integración familiar, dando atención, afecto, seguridad y protección a cada miembro de la familia, y el mejoramiento de condiciones de vida, del ambiente psicológico - en particular del emocional -, económico, sociocultural y biológico.

La planificación familiar permite elevar la calidad de vida, por lo que es necesario que como parte integral de una educación sexual, se eduque a la población en los aspectos reproductivos, buscando el desarrollo pleno de sus potencialidades, tanto en el aspecto individual, de pareja,

como familiar.

La planificación familiar no debe presentarse como un hecho aislado y abstracto, sino como parte integrante de la dinámica misma de la sociedad: como una alternativa a algunos problemas de tipo social y como un aspecto más que permite lograr el bienestar integral de los individuos.

En la planificación familiar se necesita la cooperación de la pareja, los programas de planificación familiar deben atraer el interés de los hombres, ofreciéndoles métodos para ellos, invitándolos a asumir mayor responsabilidad en la práctica de la planificación familiar.

Los roles culturales que tradicionalmente ha asignado la sociedad a la pareja, son factores que pueden estar afectando la colaboración del hombre como usuario de anticonceptivos, además de la poca variedad de métodos anticonceptivos de que dispone el hombre en la actualidad para el control de su fecundidad.

La respuesta del hombre en la planificación familiar, no sólo debe verse en función como usuario de anticonceptivos, sino como participante activo en el proceso de la fecundación y tener el mismo valor que la mujer, por lo que es igualmente responsable de los actos que ambos ejecutan como pareja social y sexualmente constituida.

Es importante concebir las acciones de planificación familiar de una manera integral, no sólo exclusivamente con el objetivo de incrementar el uso de anticonceptivos, sino tendientes a

propiciar un cambio en los programas educativos y las actitudes de la población frente al comportamiento reproductivo.

La educación de la sexualidad debe integrarse a las acciones de educación general de la población, porque actualmente se hace apremiante la educación sexual masculina, en vista de la gran explosión demográfica y de que cada día existen más hombres infelices y enfermos sexualmente debido a una mala educación sexual.

Antes de la concepción, los padres deben ser educados integralmente, esto es, deben ser educados en los aspectos biológicos, psicológicos (sobre todo emocionales) y socioculturales del sexo.

Es conveniente plantear alternativas de integrar la planificación familiar al empleo, ya que se obtienen beneficios, tanto para el trabajador, el empleador y la nación. Una población sana representa menores costos para los servicios de atención a la salud, además de una inserción eficaz al aparato productivo nacional.

Dadas las condiciones económicas actuales en México, debe fomentarse la participación del hombre en la planificación familiar, ya que al asumir una actitud favorable hacia la regulación de la fecundidad, aceptará cada vez más que su pareja use algún método anticonceptivo o participando él en el uso de algún método masculino; por lo que las campañas de comunicación e información adecuadas a la población masculina constituyen una alternativa para fomentar una mayor participación masculina en la planificación familiar.

7.- LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

Con los resultados presentados en esta investigación, pretendemos ofrecer una primera aproximación al problema de cuál o cuáles son los factores que influyen en la decisión de planificar la familia en la población masculina obrera. Por el mismo diseño de la investigación, estos datos no pueden ser generalizados o aplicables a la población masculina en general.

Pretendemos con este trabajo aportar datos que pudieran ser útiles para futuras investigaciones que contemplen a otros grupos de la población, como por ejemplo, comparar varones del medio urbano y del medio rural, o también realizar comparaciones con grupos de diferente estrato socioeconómico, así como con otros grupos que no tengan un servicio médico asegurado.

Por otra parte, recomendamos para investigaciones posteriores, estudiar las actitudes hacia la planificación familiar con el diseño de instrumentos más estructurados para medirlas, debido a que consideramos que la codificación de los datos es una limitante en la presente investigación, ya que por exacto que sea el código; en la codificación se requiere de cierta función interpretativa por parte de los codificadores, pudiendo producirse errores de apreciación. Sugerimos estudiar las actitudes debido a que encontramos que es de poco valor demostrar que los hombres aprueban la planificación familiar, ya que las actitudes por sí solas no son indicativas de cambio en la conducta reproductiva.

8.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Ander Ezequiel, Egg. (1978). Introducción a las Técnicas de Investigación Social, Argentina.
- Balp, Díaz María P. L. (1973). Aspectos Psicodinámicos En La Anticoncepción, Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, México.
- Berelson. (1972). Programas de Planteamiento Familiar, Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- Calister, Thiessen Mc. Dermott. (1975). Hacia Mejores Programas de Planificación Familiar, Pax-México.
- Castillo Cacho Susana. (1989). Actitudes y Prejuicios Hacia el Uso de Métodos Anticonceptivos: Un Estudio Exploratorio, Tesis Maestría en Psicología Clínica, UNAM, México.
- Cervantes, Nieto M. (1985). Desempeño Materno y Uso de Anticonceptivos en una Comunidad Marginada del D. F., Tesis Doctorado en Psicología Clínica, UNAM, México.
- Consejo Nacional de Población. (1981). Programa Nacional de Educación Sexual, México.
- Consejo Nacional de Población. (1982). Sociedad y Sexualidad, Vol. 1, México.
- Consejo Nacional de Población. (1982). Familia y Sexualidad, Vol. 2, México.
- Consejo Nacional de Población. (1982). Orientaciones Pedagógicas, Vol. 4, México.
- Consejo Nacional de Población, Secretaría de Gobernación.(1989). Programa Nacional de Población 1989-1994, México.
- Consejo Nacional de Población. (1982). Individuo y Sexualidad, Vol. 3, México.
- Consejo Nacional de Población. (1974). Ley General de Población, México.
- Consejo Nacional de Población. (1985). Programa Nacional de Planificación Familiar, 1985-1988, México.
- El Colegio de México. (1970). Dinámica de la Población de México, México.
- Elu de Leñero, Ma. C.(1975). La Mujer en América Latina, SEP 70, México.
- Federación Internacional de Planificación de la Familia. (1967). Historia de los Anticonceptivos.
- Federación Internacional de Planificación de la Familia. (1989). La Participación Masculina en

la Paternidad Planeada.

Gally, E. (1971). Sexualidad Humana y Planificación Familiar. Pax-México.

Gayton, A.C. (1985). Fisiología Humana. Interamericana, México.

Goebel, G. (1979) The relationship Between Contraceptive Sex Role Stereotyping and Attitudes Toward Male Contraception Among Males. Journal of Sex Research Vol. 15, 235-242 pp.

González Nuñez, J. J. (1986). Psicología de lo Masculino. Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, A. C., México.

González Nuñez, J. J. (1985). Psicoanálisis y Educación Sexual. México.

González Nuñez, J. J. (1988). Los Afectos, su Expresión Masculina. Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, A. C. México.

González Nuñez, J. J. (1989). En la Sexualidad Masculina, El Afecto es Primero. Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, A. C. México.

Hall, M. Françoise. (1968). Male, Use of Contraceptin and Attitudes Toward Abortion. Journal of Sex Research. Vol. 48 145-166pp

Herant H. Katchadorian & Donald T. Linde. (1979). Las Bases de la Sexualidad Humana. CECSA, México.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. (1975). Subdirección Médica, Coordinación de Planificación Familiar. Manual de Normas y Procedimientos Para el Programa de Planificación Familiar en México. México.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (1982). Planeación Familiar y Cambio Demográfico. Lecturas en Materia de Seguridad Social. México.

James Leslie Mc. Cary (1969). Sexualidad Humana. El Manual Moderno, S.A., México.

Kerlinger, Fred. N. (1988). Investigación del Comportamiento. Mc. Graw Hill-Interamericana, México.

Kistner, Robert W. (1971). La Píldora. Diana, México.

Kovacs, G. y Westmore, A., (1990). Guía Completa para la Anticoncepción y la Planeación Familiar. Grijalbo, México.

Kunii, Chojiro. (1984). Un Enfoque Humanista Hacia la Planificación Familiar. La Integración

de la Planificación Familiar con Metas de Salud. Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población.

Martínez Manautou, Jorge. (1982). El Reto y la Respuesta a la Planificación Familiar en México. IMSS, México.

Martínez Manautou, Jorge. (1985). La Revolución Demográfica en México. IMSS, México.

Martínez Manautou Jorge, Juan Giner Vazquez. (1985). Planificación Familiar y Demografía Médica, un Enfoque Multidisciplinario. IMSS, México.

Masters, W.H. y Johnson, V.E. (1976). Respuesta Sexual Humana. Inter Médica, Buenos Aires.

Matens, Candano. (1968). Actitud y Anticoncepción. Centro de Estudios de Reproducción, A.C., México.

Monroy de Velasco, Anameli. (1985). Desarrollo Psicosexual. Planificación Familiar y Demografía Médica. Un Enfoque Multidisciplinario, IMSS, México.

Monroy de Velasco, Anameli. (1981). El Maestro y la Planificación Familiar. Pax-México.

Monroy de Velasco, Anameli. (1985). La Educación de la Sexualidad en México. Un Programa Operativo (1975-1985). Tesis Doctorado en Psicoterapia Psicoanalítica. Universidad Intercontinental, México.

Morgan, Ma. Isabel. (1983). Sexualidad y Sociedad en los Aztecas. UNAM, México.

Pardinas, Felipe (1981). Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales, Siglo XXI, México.

Ojeifo, J. O. y Singh, B. (1984) Paternal Health Services: A missing link in family health services. Population Reports, Arlington Virginia, E.U.A.

Peel, John y Potts Malcom. (1979). Técnicas de Control de la Natalidad. Diana, México.

PIATA de México y Population Council. (1979). Family Planning in México: a comprehensive marketing study of awareness, attitudes, and practices among consumers and retailers. New York, PC y PIATA.

Pick de Weiss, Susan. (1986) Estudio Social Psicológico de la Planificación Familiar, Siglo XXI, México.

Pick de Weiss Susan. López Ana Luisa. (1984). Como Investigar en Ciencias Sociales.

Trillas, México.

Pohlman, Edward (1974). Psicología de la Planificación Familiar en México. Pax-México.

Population Reports. (1986). El hombre: Nuevo Enfoque de los Programas de Planificación Familiar. The Johns Hopkins University, Hampton House, Baltimore, Maryland, USA.

Population Reports. (1987). Integración de los Programas de Planificación Familiar en el Empleo. The Johns Hopkins University, Hampton House, Baltimore, Maryland, USA.

Rojas Soriano, Raúl. (1981). Guía para Realizar Investigaciones Sociales. UNAM, México.

Sahagún, Fray Bernardino. (1979). Historia General de las Cosas de la Nueva España. Porrúa, México.

Saraswathi, T.S. y Gupta, R. (1985). Fertility, Family Planning and the Status of Women. Journal of Family Welfare.

Secretaría de Programación y Presupuesto. (1978). Política Demográfica Nacional y Regional. Objetivos y Metas (1978-1982). México.

Secretaría de Salubridad. (1985). Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Planificación Familiar. Manual de Contenido para el Curso Básico Sobre Educación Sexual y Planificación Familiar. México

Secretaría de Salubridad. (1986). Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Planificación Familiar. Planificación Familiar. Vol. 2, No. 3, México.

Supannatas, S. (1976). Birth Control Among Postpartum Thai Women. Smithsonian Institution. Washington D.C.

Survey Research Indonesia (SRI). (1985). Social Marketing of Contraceptives. Population Reports, Jakarta, Indonesia.

William H., Gotwald, Jr. Gale Holtz Golden. (1983). Sexualidad, La Experiencia Humana. Manual Moderno, México.

Worstell, M. (1987). Condom Distribution and Manufacture in Latin América. Population Reports, E.U.A.

Zorita, Alonso de (1963). Los Señores de la Nueva España. UNAM, México.

9. ANEXOS.

Anexo I

CUESTIONARIO

DATOS GENERALES.

- 1) Edad: _____
- 2) Sexo: _____
- 3) Escolaridad: _____
- 4) Cuanto tiempo tiene de estar casado: _____
- 5) Tiene hijos: Si () No () Cuantos: _____
- 6) Piensa tener más hijos: Si () No () Cuantos: _____

CONCEPTO DE PLANIFICACION FAMILIAR Y USO DE ANTICONCEPTIVOS.

- 1) Ha oído hablar de la Planificación Familiar?: _____
- 2) Que es la Planificación Familiar?: _____
- 3) Usted para qué cree que es la Planificación Familiar?: _____
- 4) Esta usted de acuerdo con la Planificación Familiar?: _____
- 5) Cuales métodos anticonceptivos conoce?: _____
- 6) Utiliza usted algún método anticonceptivo?: Si () No ()
Cual?: _____ Desde cuando?: _____
Porque eligió ese en particular?: _____
- 7)Cuál sería el número ideal de hijos para usted?: _____

ASPECTOS EMOCIONALES RELACIONADOS CON LA PLANIFICACION FAMILIAR.

- 1) Porqué tuvo hijos?: _____
- 2) Para qué tuvo hijos?: _____
- 3) Piensa que es conveniente tener hijos?: _____
- 4) Cuáles son las ventajas de tener hijos?: _____
- 5) Cuáles las desventajas?: _____
- 6) Piensa tener más hijos?: Si () No ()
- 7)Cuál cree que sería el número ideal de hijos para una persona como usted?: _____
- 8) Piensa que las personas casadas que usan anticonceptivos no les gustan los niños?: _____
- 9) Porque piensa que la gente se une en pareja?: _____
- 10) Qué cree usted que los padres deben esperar recibir de sus hijos?: _____
- 11) Cómo cree que debe ser un buen hijo?: _____
- 12) Qué considera usted más importante para que un hombre se realice como persona?: _____

- 13) Cuándo usted tiene tiempo libre con quién prefiere estar?:
- 14) Que considera más importante para que su esposa se realice como mujer y se sienta satisfecha de sí misma?:

ASPECTOS BIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA PLANIFICACION FAMILIAR.

- 1) Usted cree que la Planificación Familiar protege la salud de la mujer?
- 2) Se debe planificar la familia para alcanzar un bienestar físico, mental y social?
- 3) Porque es necesario tomar en cuenta la salud de sus esposa para tener hijos?
- 4) Considera que el desconocimiento de la Planificación Familiar es causa de una alta mortalidad en mujeres?
- 5) Usted ya no tendría hijos para proteger la salud de su esposa?
- 6) Planeó usted a sus hijos tomando en cuenta la edad de su esposa para tenerlos?
- 7) Usted tuvo hijos por una necesidad biológica?
- 8) Para cuidar la salud de su esposa y evitar un aborto, usted utiliza la Planificación Familiar?
- 9) Piensa que la salud de su esposa y la de sus hijos depende de la Planificación Familiar?
- 10) Quién le indicó a usted o a su esposa que método anticonceptivo utilizar?

ASPECTOS ECONÓMICOS RELACIONADOS CON LA PLANIFICACION FAMILIAR.

- 1) Cuando tuvo a sus hijos tomó en cuenta la situación económica del país?
- 2) Sería conveniente no tener más hijos por la situación económica del país?
- 3) La economía del país afecta directamente su economía familiar?
- 4) Usted cree que el desempleo es consecuencia de la sobrepoblación?
- 5) Ha pensado usted que el tener hijos aumenta la población y esto ocasiona insuficiencia en los servicios públicos; como el agua, la luz, el drenaje, etc.?
- 6) Cuando usted tuvo a sus hijos pensó cuántos podría mantener? Si () No ()
Porque?
- 7) Es suficiente el salario que percibe para mantener a sus hijos?
- 8) Si usted tuviera posibilidades económicas para mantener a sus hijos cuántos hijos tendría?
- 9) Con sus posibilidades económicas que educación le puede ofrecer a sus hijos?
- 10) Como influye el factor económico para que usted planifique su familia?

ASPECTOS SOCIOCULTURALES RELACIONADOS CON LA PLANIFICACION FAMILIAR.

- 1) Quién decidió el número de hijos que querían tener usted y su esposa?
- 2) Es conveniente que la mujer sea siempre la responsable del uso de anticonceptivos?
- 3) Usted platicó con su esposa para decidir cuantos hijos querían tener?
- 4) Como influyó el que sus conocidos o familiares tengan hijos, para que usted decidiera tener hijos?
- 5)Cuál es la función básica de su esposa dentro de su matrimonio?

- 6) **Cómo se vería afectado su prestigio ante las personas que lo conocen si usted no pudiera tener hijos?**
- 7) **En qué ocupaba su tiempo libre antes de tener hijos?**
- 8) **Cómo se ven afectadas sus aspiraciones personales por el hecho de tener hijos?**
- 9) **Cómo influyeron sus padres en la decisión del número de hijos que quiere tener?**
- 10) **Cómo influyen los anuncios de radio y televisión para decidir el número de hijos que quiere tener?**
- 11) **Qué pensarían sus conocidos si usted tuviera muchos hijos?**

Anexo 2

CUESTIONARIO

DATOS GENERALES:

- 1.- Edad: _____ 2.- Grado Maximo de Estudios : _____
 3.- Cuánto Tiempo Tiene de Vivir en Pareja? _____
 4.- Tiene Hijos? _____ 5.- Cuántos? _____

INSTRUCCIONES:

A continuación figuran una serie de preguntas relacionadas con la planificación familiar, por favor, conteste a estas con toda honestidad y franqueza, no existen respuestas correctas o incorrectas: únicamente interesa conocer su opinión sobre los siguientes aspectos:

- 6.- Para ud., qué es la planificación familiar?
 7.- Con cuáles aspectos está ud. de acuerdo con la planificación familiar?
 8.- Cuáles métodos anticonceptivos conoce?
 9.- Qué método anticonceptivo usa?
 10.-Cuál es el número ideal de hijos para ud.?
 11.- Cómo influye la situación económica del país, para decidir cuántos hijos va ud. a tener?
 12.- Cómo influye la planificación familiar para que todos los miembros de su familia alcancen un desarrollo físico, mental y social adecuado?
 13.- Quién decidió el número de hijos que quiere tener?
 14.- Qué sentimiento le produce tener hijos?
 15.- Cómo se afecta su economía familiar por la crisis económica que se vive en nuestro país?
 16.- Cómo la planificación familiar se relaciona con la salud de su esposa?
 17.- Cómo influyó el que sus conocidos y amigos tengan hijos para que ud. decidiera tener hijos?
 18.- Cómo se sentiría ud., si tuviera más hijos?
 19.- Con el salario que percibe actualmente, cuántos hijos podría mantener?
 20.- Porqué es necesario tomar en cuenta la salud de la esposa para decidir cuántos hijos desean tener?

- 21.- Cómo se vería afectado su prestigio ante las personas que lo conocen, si ud. no tuviera hijos?
- 22.- Qué pensarían sus conocidos si ud. tuviera muchos hijos?
- 23.- Si pudiera mantener a un número elevado de hijos, cuántos tendría?
- 24.- En qué aspectos se beneficia la salud de su esposa y la de sus hijos con la planificación familiar?
- 25.- En la pareja, quién cree ud. que debe ser el responsable del uso de anticonceptivos?
- 26.- Qué espera recibir a cambio por el cuidado y el afecto que les da a sus hijos?
- 27.- Con sus posibilidades económicas, qué nivel educativo considera que puede proporcionar a sus hijos?
- 28.- Cómo la planificación familiar ayuda a evitar el aborto?
- 29.- Qué actividades realizaba en su tiempo libre antes de tener hijos?
- 30.- Cómo se sentiría si no tuviera hijos?
- 31.- Mencione cuáles necesidades de su familia puede satisfacer actualmente con el salario que percibe (alimentación, ropa, calzado, diversiones, educación, etc.)
- 32.- Cómo es que la planificación familiar se relaciona con la salud y la felicidad de su familia?
- 33.- En qué aspectos se afecta su libertad individual por el hecho de tener hijos?
- 34.- Cómo se sentiría si su esposa no pudiera tener hijos?
- 35.- Cómo se ven afectadas sus aspiraciones personales por el hecho de tener hijos?
- 36.- Cómo influyeron sus padres para decidir cuántos hijos va ud. a tener?
- 37.- Cómo se vería afectada su masculinidad si ud. no pudiera tener hijos?
- 38.- Cómo influyeron los anuncios de radio y televisión para decidir cuántos hijos va ud. a tener?

ASIGNACION DE PRIORIDADES:

- Aspecto Emocional: ()
Aspecto Biológico: ()
Aspecto Sociocultural: ()
Aspecto Económico: ()

ASPECTOS ECONOMICOS RELACIONADOS CON LA PLANIFICACION FAMILIAR.

No. PREG.	CATEGORIAS	FREC.	%
11	1. INFLUYE MUCHO	46	92
	2. EN DECIDIR EN PAREJA LOS HIJOS QUE DESEAMOS TENER	2	4
	3. EN EL ASPECTO MORAL	2	4
15	1. INFLUYE MUCHO PORQUE NO ALCANZA PARA COMPRAR LO NECESARIO	46	92
	2. UN POCO	2	4
	3. NO SE AFECTA	2	4
19	1. UNO	6	12
	2. DOS	34	68
	3. TRES	6	12
	4. CUATRO	4	8
23	1. UNO	0	0
	2. DOS	4	8
	3. TRES	24	48
	4. CUATRO	14	28
	5. CINCO	2	4
	6. SEIS	6	12

Aereo

3

111

AE1

ASPECTOS ECONOMICOS RELACIONADOS CON LA PLANIFICACION FAMILIAR.

PREG.No.	CATEGORIAS	FREC.	%
27	1. SECUNDARIA	4	8
	2. PREPARATORIA	4	8
	3. CARRERA CORTA	6	12
	4. CARRERA UNIVERSITARIA	10	20
	5. LO QUE ELLOS QUIERAN ESTUDIAR	22	44
	6. NO SE	4	8
31	1. ALIMENTACION	50	100
	2. EDUCACION	50	100
	3. ROPA	48	96
	4. CALZADO	48	96
	5. DIVERSIONES (A VECES)	46	92

ASPECTOS BIOLOGICOS RELACIONADOS CON LA PLANIFICACION FAMILIAR.

PREG. No.	CATEGORIAS	FREC.	%
12	1. INFLUYE EN UNA VIDA MEJOR	46	92
	2. OTRAS	4	8
16	1. INFLUYE MUCHO PORQUE CON LA P.F. TIENE MENOS HIJOS Y CONSERVA SU SALUD	42	84
	2. NO SE RELACIONA	4	8
	3. SE PERJUDICA	4	8
20	1. PARA PROTEGER SU VIDA Y LA DEL BEBE	22	44
	2. PORQUE ELLA ES LA QUE TIENE LOS HIJOS	10	20
	3. PROCREAR HIJOS SANOS	10	20
	4. PORQUE SI LA MADRE ESTA SANA ATIENDE Y EDUCA MEJOR A SUS HIJOS	8	16
24	1. SE TIENEN MENOS ENFERMEDADES	34	68
	2. AL TENER MENOS HIJOS SE CUIDA LA SALUD DE TODA LA FAMILIA	16	32

ASPECTOS BIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

PREG. NO.	CATEGORIAS	FREC.	%
28	1. AYUDA TENIENDO SOLO LOS HIJOS DESEADOS	30	60
	2. EVITA EL EMBARAZO POR MEDIO DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS	20	40
32	1. SALUD Y FELICIDAD SIENDO MENOS	34	68
	2. LA PLANIFICACION FAMILIAR PERMITE MEJORAR EL NIVEL- DE VIDA	16	32

ASPECTOS EMOCIONALES RELACIONADOS CON LA PLANIFICACION FAMILIAR.

PREG. NO.	CATEGORIAS	FREC.	%
30	1. MAL, SOLO, FRUSTRADO TRISTE	40	80
	2. NO ME AFECTARIA	8	16
	3. NO SE	2	4
34	1. MAL, TRISTE, RESIGNADO, DECEPCIONADO	26	52
	2. NO ME AFECTARIA	22	44
	3. NO LO SE	4	4
36	1. NO SE AFECTARIA	14	28
	2. SE AFECTARIA MUCHO	24	48
	3. SE AFECTARIA UN POCO	10	20
	4. NO LO SE	2	4

ASPECTOS EMOCIONALES RELACIONADOS CON LA PLANIFICACION FAMILIAR.

PREG. NO.	CATEGORIAS	FREC.	%
14	1. SATISFACCION, ALEGRIA CARI O	40	80
	2. RESPONSABILIDAD	10	20
18	1. PREOCUPADO, PRESIONADO ECONOMICAMENTE	40	80
	2. BIEN. POCO PRESIONADO	4	8
	3. CON MAYOR RESPONSABILIDAD	6	12
26	1. CARI O, RESPETO	18	36
	2. SATISFACCION, QUE TRIUNFEN EN LA VIDA	30	60
	3. AGRADECIMIENTO ECONOMICO	2	4

ASPECTOS SOCIOCULTURALES RELACIONADOS CON LA PLANIFICACION FAMILIAR.

PREG. NO.	CATEGORIAS	FREC.	%
13	1. PAREJA	40	80
	2. ESPOSA	8	16
	3. ESPOSO	2	4
17	1. NO INFLUYERON	38	76
	2. DECISION DEL ESPOSO	6	12
	3. SI INFLUYERON	6	12
21	1. NO ME AFECTARIA	26	52
	2. SI SE AFECTARIA	20	40
	2. NO LO SE	4	8
22	1. MAL, QUE SOY IRRESPONSABLE	36	72
	2. NO ME IMPORTA	8	16
	3. ME ACONSEJARIAN	6	12
25	1. LA PAREJA	40	80
	2. DE LA MUJER	8	16
	3. DEL HOMBRE	2	4

ASPECTOS SOCIOCULTURALES RELACIONADOS CON LA PLANIFICACION FAMILIAR.

PREG. NO.	CATEGORIA	FREC.	%
33	1. NO SE AFECTAN	40	80
	2. SI SE AFECTAN	10	20
35	1. NO SE AFECTAN	42	84
	2. SI SE AFECTAN	8	16
37	1. NO INFLUYERON	34	68
	2. SI INFLUYERON	16	32
38	1. SI INFLUYERON	36	72
	2. NO INFLUYERON	14	28

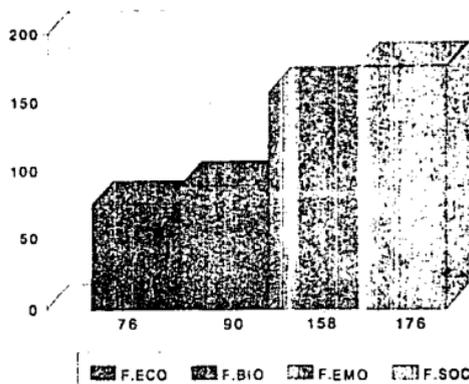
Anexo 4. JERARQUIZACION DE FACTORES POR GRADO DE IMPORTANCIA.

SUJETO	ECONOMICO	BIOLOGICO	EMOCIONAL	SOCIOCULT.
1	1	1	4	3
2	2	1	4	3
3	1	1	3	4
4	2	1	3	4
5	1	2	3	3
6	1	1	2	3
7	1	2	4	4
8	2	1	4	3
9	1	1	3	4
10	1	2	3	3
11	2	2	3	3
12	3	3	2	4
13	2	2	3	4
14	2	2	3	4
15	1	2	4	3
16	1	3	4	4
17	1	2	3	4
18	1	3	3	2
19	2	4	3	4
20	2	1	4	3
21	1	1	2	4
22	1	1	4	4
23	1	2	4	3
24	2	2	4	4
25	3	2	1	4

Hoja 2. JERARQUIZACION DE FACTORES POR GRADO DE IMPORTANCIA.

SUJETO	ECONOMICO	BIOLOGICO	EMOCIONAL	SOCIOCULT.
26	1	3	2	4
27	1	2	3	4
28	1	2	4	3
29	2	1	3	4
30	3	2	1	4
31	2	1	3	4
32	2	1	4	3
33	3	1	4	2
34	2	1	3	4
35	1	2	3	4
36	2	1	4	3
37	2	1	3	4
38	1	2	3	4
39	1	3	2	4
40	1	4	2	3
41	2	1	4	3
42	1	2	3	4
43	1	2	3	4
44	1	2	4	3
45	1	2	4	3
46	2	1	3	4
47	2	1	4	3
48	1	3	2	4
49	1	2	4	3
50	1	2	4	3
TOTALES	76	90	158	176

DISTRIBUCION TOTAL POR FACTORES GRADO DE IMPORTANCIA



EN ESTA GRAFICA APARECE EL GRADO DE IMPORTANCIA POR FACTOR,
DE MANERA QUE LA SUMA DE LOS PORCENTAJES MENOR, REPRESENTA
AL FACTOR MAS IMPORTANTE EN SU INFLUENCIA HACIA LA P.F., Y
LA SUMA DE PORCENTAJES MAYOR AL FACTOR MENOS IMPORTANTE.