

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

154

2-80

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
UNIDAD ACADÉMICA  
CLINICA ORIENTE

"MOTIVOS MAS FRECUENTES DE EMBARAZO EN LA  
MUJER MULTIPARA EN UN GRUPO DE MUJERES  
DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA ORIENTE,  
ISSSTE, 1995"

**T R A B A J O**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA  
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

**DRA. MARIA EVANGELINA VALLEJO ROMERO**



**ISSSTE**

MEXICO, D. F.

ASESOR DE TESIS: DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES

FALLA DE ORIGEN

SEPTIEMBRE 1995



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE  
MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
UNIDAD ACADÉMICA  
CLINICA ORIENTE

TITULO

" MOTIVOS MAS FRECUENTES DE EMBARAZO EN LA MUJER  
MULTIPARA EN UN GRUPO DE MUJERES DERECHOABIENTES  
DE LA CLINICA ORIENTE, ISSSTE, 1995"

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:

DRA. MARIA EVANGELINA VALLEJO ROMERO

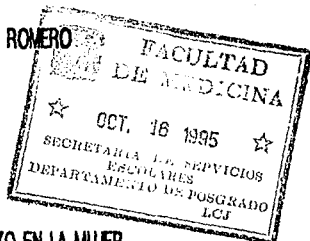
MEXICO. D.F. SEPTIEMBRE DE 1995

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL  
DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA  
FAMILIAR


PRESENTA:

DRA. MARIA EVANGELINA VALLEJO ROMERO

TITULO



"MOTIVOS MAS FRECUENTES DE EMBARAZO EN LA MUJER  
MULTIPARA EN UN GRUPO DE MUJERES DERECHOABIENTES  
DE LA CLINICA ORIENTE, ISSSTE, 1995"

  
DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN  
MEDICINA FAMILIAR EN LA CLINICA ORIENTE  
I.S.S.S.T.E. Y ASESOR DE TESIS



  
DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL  
I.S.S.S.T.E.

**TITULO DEL TRABAJO**


**"MOTIVOS MAS FRECUENTES DE EMBARAZO EN LA MUJER  
MULTIPARA EN UN GRUPO DE MUJERES DERECHOHABIENTES  
DE LA CLINICA ORIENTE, ISSSTE, 1995"**


**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA:**

**DRA. MARIA EVANGELINA VALLEJO ROMERO**

**AUTORIZACIONES**

  
**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.**

  
**DR. ARNULFO INIGIEN CORIA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.**

  
**DRA. NA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY  
COORDINADORA DE DOCENCIA  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.**

## RECONOCIMIENTOS

A mis Padres: OFELIA y ANTONIO.  
Con mucho amor por el apoyo  
que me han dado.

A mi Querida Hermana TONY  
Quien tuvo una participa-  
ción muy importante en la  
elaboración de las gráfi-  
cas.

A mi Novio Dr. MARCOS SANCHEZ ESCALONA  
Por su iniciativa y con quien compartí  
esta etapa de formación, A QUIEN AMO.

A mis apreciables Amigos:

DRA. PATRICIA RAMIREZ GAMBOA

y

DR. MARCO ANTONIO RAMIREZ LOPEZ

Por motivarme a continuar prepa  
randome.

Con profunda Admiración y Respeto al  
DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES.  
Por su Apoyo, Comprensión y Profesio-  
nalismo en todo el curso.  
Ya que fue un Pilar muy importante,  
En la elaboración de este Trabajo,  
COMO ASESOR DE TESIS

G R A C I A S .

# INDICE

MARCO TEORICO	Pag.
Situación Demográfica de México .....	1
Clasificación de la Familia .....	5
Funciones de la Familia .....	7
Nupcialidad y Fecundidad .....	9
La Relación Conyugal en México .....	18
Maternidad .....	20
El Hombre y el Machismo .....	24
Etapa y Formación de los hijos .....	27
Educación.....	33
Nivel Socioeconómico y Ocupación .....	36
Mujeres Económicamente Activas .....	39
Mujeres Interesadas en la Planificación Familiar .	40
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	42
JUSTIFICACION .....	44
OBJETIVOS .....	48
METODOLOGIA .....	49
RESULTADOS .....	51
GRAFICAS .....	55
ANALISIS .....	97
CONCLUSIONES .....	103
ANEXO 1 .....	107
BIBLIOGRAFIA .....	109

## MARCO TEORICO

### SITUACION DEMOGRAFICA DE MEXICO.

Es sabido que los factores socioeconómicos y demográficos de un país son esenciales para el estudio de la mayoría de los fenómenos psicológicos y sociales. Se estima que esto influye en el estilo de vida de sus habitantes, en su proceso de toma de decisiones, en sus actitudes, creencias y conductas, así como en sus motivaciones.

La población urbana ha aumentado en forma constante, mientras que la rural ha disminuido, es este el comportamiento predictivo de la distribución urbano-social para 1980, 1990 y el año 2000. (2).

La situación demográfica en México, es decir, los cambios en sus tasas de mortalidad, crecimiento y migración, es muy similar a la de la mayoría de los países en vías de desarrollo. Los problemas antes descritos están relacionados con el crecimiento de la población y los problemas sociales tienen una influencia recíproca en sus efectos.

Los avances en medicina han provocado una baja en la tasas de mortalidad. En 1940 había 23.2 fallecimientos por cada 1 000 habitantes, mientras que en 1975 esta tasa disminuyó a 7.6 por cada 1 000 habitantes. Este descenso se debe principalmente a la reducción de la tasa de mortalidad infantil, que en 1940 era de aproximadamente 125.7 fallecimientos por cada 1 000 nacimientos; en 1970 se calculaba en 68.5 y las estimaciones para 1975 señalaban 49.0 muertes por 1000 nacidos vivos (CONAPO, 1978). De rele-



vancia en este contexto es la observación de que la mortalidad de creciente es un elemento importante para crear un clima propicio al desarrollo de la limitación de la familia (Naciones Unidas -- 1978). (2).

El descenso en la tasa de mortalidad ha traído como consecuencia un incremento en la esperanza de vida de la población mexicana: en 1975 era de 6.6 años para la mujer y 62.8 años para el hombre, mientras que en 1940 la mujer vivía un promedio de 42.5 años y los hombres 40.4 (CONAPO, 1978a). (2)

Dentro de la mortalidad, es necesario resaltar la relacionada a un grupo de población para ser analizada en forma especial: la de las mujeres en edad fértil y con relación a su reproducción. (16).

En el marco de desarrollo de nuestro país y en relación con la mortalidad materna analizada en el período 1970-1980 la disminución de 143.0 a 94.5 por 100 000 nacidos vivos registrados representa una mejoría global de 29.8 por ciento. (4). Desde 1975 a 1985 la tasa de mortalidad se redujo casi al 40 por ciento. En 1985 destaca una importante disminución en la tasa de mortalidad ya que esta alcanzó en México una tasa de 64 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos registrados.

Ello refleja aún los bajos niveles generales de vida, tales como desnutrición, malas condiciones higiénicas, de saneamiento básico, así como la falta de vigilancia prenatal y la deficiente atención obstétrica (16). Se hace evidente que en México aún se está lejos de los niveles de cobertura necesarios, y sobre todo,

de eliminar las patologías que han prevalecido en los últimos de-  
cenios como causa de mortalidad en este grupo.

Al revisar las seis principales causas de mortalidad mater-  
na de 1968 a 1980 en la República Mexicana se nota la persisten-  
cia de las seis causas registradas, las cuales mantienen el mismo  
orden de frecuencia en todo el periodo. Paralelamente, si se com-  
paran las diferentes tasas, se advierte cierta disminución; sin -  
embargo, estos cambios sólo han sido progresivos en algunos casos  
mientras que otros rubros como las "toxemias del embarazo y del --  
puerperio" que habían permanecido en el segundo lugar, ahora han  
pasado al primero, con una tasa de 21.2 por 100 000 nacidos vivos  
registrados en 1980, de acuerdo con la Novena Revisión de la Cla-  
sificación Internacional de Enfermedades (4). Las "hemorragias -  
del embarazo y del parto" tuvieron un descenso porcentual de 34.6  
de 1970-1978, en tanto que en 1980 la tasa de 16.8 por 100000 na-  
cidos vivos registrados la coloca en el segundo lugar como causa  
de mortandad en el grupo materno. La "sepsis del parto y del - -  
puerperio" así como los "abortos" que ocupan constantemente el --  
tercero y cuartos lugares, muestran una mejoría de 31.4 y 13.4 -  
por ciento respectivamente durante el mismo lapso, y las tasas de  
1980 las ubican nuevamente en el mismo orden. (4).

El "Parto sin mención de complicaciones" permanece en el - -  
quinto lugar, ha pesar de haber disminuido progresivamente la ta-  
sa respectiva hasta en 95.8 por ciento durante los años de 1970 -  
1978: la tasa de 0.04 por 100 000 nacidos vivos registrados en --  
1980, aun más baja que las anteriores, continua vigente como cau-  
sa de mortalidad materna mientras que "otras complicaciones del -

embarazo, parto y puerperio" mantienen una tasa alta en relación con otros rubros, aunque muestran una disminución porcentual de - 34.6 en el periodo que se analiza. (4).

En el análisis de la mortalidad materna, en 1985 por grupos de edad, 19.4 por ciento de las defunciones ocurrieron en mujeres de 15 a 24 años. (16).

En términos generales podría decirse que todas las causas anotadas de mortalidad materna son factibles de mejorar mediante una correcta atención médica, sobre todo en el periodo prenatal, en el que la cobertura de mujeres embarazadas que reciben atención médica es de 80.5 por ciento a nivel nacional, este porcentaje es menor en las mujeres embarazadas que tienen un mayor número de hijos, como lo demuestra la encuesta realizada en 1979 en la zona fronteriza con los Estados Unidos (4).

## CLASIFICACION DE LA FAMILIA

Es útil desde el punto de vista social y médico la clasificación de las familias ya que permite hacer un diagnóstico preliminar generando acciones que tengan como objetivo la salud familiar (3,10).

I.- En base a su Desarrollo, (según su historicidad y valores predominantes).

Moderna.

Tradicional.

Arcaica.

II.- En base a su Demografía.

Urbana: con población mayor de 20 000 habitantes.

Rural: con población menor de 20 000 habitantes.

III.- En base a su Integración:

Integrada: Cuando ambos cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones familiares.

Semiintegrada: Cuando a pesar de que ambos cónyuges viven -- juntos, estos no cumplen sus funciones.

IV.- En base a su Tipología (según la ocupación de uno o ambos cónyuges).

Campesina.

Profesional.

Obrera.

V.- En base a su Composición o Estructura

Nuclear: aquella constituida por padre, madre e hijos.

Extensa: Cuando además de lo anterior, existe en la familia cualquier otro miembro de la línea consanguínea.

Extensa Compuesta: Esta se dá cuando a la familia extensa - se agrega cualquier otro miembro no consanguíneo.

Compuesta: Se dice que los casos de poloandria o poligamia.

VI. VARIACIONES

Pareja sin hijos.

Padre o madre solos.

## FUNCIONES DE LA FAMILIA

Las funciones básicas que la sociedad espera de la familia - según diversos autores son (3.11,12).

### SOCIALIZACION.

La cual consiste en Transformar, en un tiempo variable, a un niño totalmente dependiente de sus padres, como lo es el infante, es un individuo autónomo con plena independencia. Para desarrollarse armónicamente en la sociedad a la que pertenece.

Esta función es tan importante que se le ha considerado como la tarea principal de la familia, por ello se ha dicho que la familia juega un importante papel como institución ideológica del estado, con una fuerza tan importante como el sistema escolar o la iglesia.

Los padres se convierten así en los educadores primarios de la familia, en donde la madre, en gral., juega un mayor papel en la responsabilidad de socializar a los hijos, por lo menos en las etapas de lactante y preescolar. Más adelante, conforme el niño crece, esta responsabilidad se comparte con otros miembros de la familia y otras instituciones.

### CUIDADO.

Esta función significa para la vida familiar el cubrir de la manera más adecuada, y según las posibilidades de la familia, las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los sistemas de salud y otros beneficios para cada uno de sus miembros.

#### AFECTO.

Se ha dicho que si hubiese la necesidad de pagar a algún individuo por vivir en familias, dicho pago consistiría en el afecto, el cual significa proporcionar ánimo, amor y cariño a todos y cada uno de los integrantes del grupo familiar.

#### REPRODUCCION.

Consiste en proveer de nuevos miembros a la sociedad para la conservación del género humano. La familia viene a ser la institución legal que puede regular la función reproductora y que además propicia un ambiente sexual adecuado para el desarrollo de sus miembros.

#### ESTATUS Y NIVEL SOCIOECONOMICO.

Es otra función importante para el mantenimiento de una sociedad, ya que significa no solo transmitir derechos al individuo que nace y se desarrolla en una familia, sino que también se le transmiten tradiciones sociales, económicas y culturales. Pero también la simple legitimidad proporcionada por el matrimonio legal de los progenitores. (1).

Leda Datz, hace otra división de las funciones familiares en dos rubros: funciones internas o funciones externas. Las funciones externas están relacionadas con la transmisión y el mantenimiento de la cultura, y las internas son las que se relacionan con la protección tanto biológica, como psicológica y social de los individuos que integran la familia.

## NUPCIALIDAD Y FECUNIDAD

Las mujeres mexicanas inician a temprana edad su vida sexual y algunas de ellas lo hacen antes de los 15 años. De las mujeres en edad fértil encuestadas en 1978, casi el 8% se había unido por primera vez a esa edad, el 56.4% lo había hecho entre los 15 y -- los 19 años y el 90.8 por ciento del total se unió por primera -- vez antes de los 25 años.

Si bien es cierto que la incorporación de la mujer a la fuerza laboral ha sido un adelanto importante, aún subsiste el patrón cultural muy arraigado según el cual el matrimonio es la -- principal, sino la única posibilidad de realización personal y lo gro de un estatus social para la mujer. (16).

Los registros continuos de matrimonio reflejan la distribución etárea de solo una parte de las mujeres que tienen pareja, -- al no incluir a las que viven en unión libre. Según las tabulaciones de matrimonios por edad de los contrayentes, algunas mujeres se casan antes de cumplir los 15 años, aunque el porcentaje de es tas disminuyó ligeramente, de 2.3% en 1975 a 1.9 en 1982. Del to tal de matrimonios, las tres cuartas partes se registraron en mujeres de menos de 25 años. Los varones tienden a casarse más tar de que las mujeres; no obstante, hay algunos que llegan a hacerlo antes de los 15 años.

Las diversas encuestas nacionales permiten conocer la distri bución porcentual de las mujeres en edad fértil según condición -- marital, legalizada o no. Durante el periodo 1976-1987 se observa estabilidad en la proporción de los distintos grupos: las que



se declararon "casadas" representan algo más del 51% de las entrevistadas; las "unidas" es decir "convivientes", al rededor del 9% y las "divorciadas y/o separadas" aproximadamente el 5.0 por ciento. (16).

La Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de 1987 (ENFES), proporciona información detallada sobre el estado marital por grupos de edad y lugar de residencia. Según este documento, al rededor del 61% de las mujeres en edad fértil se encuentran actualmente en unión, una tercera parte de ellas nunca ha estado unida y el resto, 6.5%, tiene la última unión disuelta, ya sea por viudez, separación o divorcio. En cuanto al tipo de unión, algo más de la mitad corresponde a matrimonios, observándose una relación de 5.5 matrimonios por cada unión libre; este valor es ligeramente menor que los registrados por la Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMEF) y la de Fecundidad y la Encuesta Nacional Demográfica (END); 6.0 y 5.7, respectivamente. En cuanto a la condición marital por edad, coincidiendo con los registros continuos, la mayoría de los matrimonios se realizan antes de los 30 años, y al rededor del 95% de las mujeres llegan a unirse y/o casarse antes de los 50 años. (16).

Si las cifras oficiales de matrimonios no reflejan el número de las relaciones maritales, tampoco lo hacen las que indican su ruptura. Según muestra el ENFES, el número de mujeres separadas sobrepasa al de divorciadas y el porcentaje de separadas aumenta con la edad en forma constante hasta los 40.

La inclusión en la ENFES de preguntas sobre edad a la menarca, aspectos de la menopausia, edad a la que efectúan la primera relación y frecuencia relaciones sexuales en el último mes, permitió precisar el concepto de exposición al riesgo de concebir, al tomar en cuenta además del estado marital, otras condiciones objetivas de exposición. Así, la encuesta considera como "expuestas al riesgo de concebir" a las mujeres que al momento de la entrevista no estaban embarazadas, ni se declararon infecundas (por falta de menstruación en los últimos dos meses, -menopausia, esterilidad, falta de útero u ovarios, enfermedades, radiaciones) ni declararon no haber tenido relaciones sexuales el último mes. La clasificación es independiente de la condición marital e incluyó mujeres que se encontraban lactando, -- pues la lactancia no ofrece protección absoluta contra la concepción. Los datos de la ENFES muestran que 1 31.8% de las mujeres en edad fértil pueden considerarse como "expuestas" (16)

La ausencia de relaciones sexuales en el último mes resultó la principal causa de no exposición, con un 51.6%. Seguida del embarazo, la amenorrea y la esterilidad.

En cuanto a la condición de unión, el grado de exposición al embarazo entre las mujeres no unidas es bajo, pero no insignificante, especialmente para los grupos de divorciadas y de separadas, donde el 14.7 y el 8.6%, respectivamente están expuestas. Las viudas tienen un porcentaje de exposición de 4.9% y las solteras tan sólo de 1.4%.

Al diferenciar a las mujeres por grupos y edad y por su -

condición marital, se detectó que las mujeres casadas o unidas se encuentran en mayor riesgo de concebir, cuando sus edades fluctúan entre los 20 y 44 años de edad. Para el caso de las mujeres solteras, la edad a la que están en mayor posibilidad de quedarse embarazadas es cuando tienen entre 25 y 29 años de edad. De acuerdo con los datos de la encuesta, el porcentaje de mujeres de ese grupo de edad en riesgo de concebir era de 5.1%, siendo este el más alto. Además, se observa que conforme aumenta la edad, en caso de las mujeres solteras, el riesgo de quedar embarazadas disminuye hasta ser nulo cuando rebasan los 40 años. (16).

La proporción de mujeres que declaran haber tenido relaciones sexuales en el último mes fue de 40%, y éstas se distribuyen según grupos de edad de la siguiente manera: 11.8% en el de 15 a 19 años y 58% en el de 30 a 34 años. Según estado marital, el 65% de las unidas declaró haber tenido relaciones sexuales el último mes. Es interesante notar que 8.4% de las ex-unidas declararon relaciones sexuales en el mes anterior, sobre todo si se considera que el cuestionamiento de la ENFES preguntaba sobre relaciones sexuales inmediatamente después de indagar sobre su estado marital.

El número promedio de relaciones sexuales del último mes fue de 5.1 a nivel nacional. Según edad, tiene un máximo en el grupo de 20 a 24 años, con 5.7 veces, y su mínimo, 4.0 veces, en el grupo de 45 a 49 años. No hay diferencias importantes entre unidas y ex-unidas.

## NUPCIALIDAD.

El 53.7 de las mujeres en el país presenta su menarca entre los 8 y 12 años y el 98.8% a los 14 años. En el 64.9% de los jóvenes ocurre la espermarquia antes de los 14 años y en el 90.9% a los 16 años. Según estudios, el 50% de las mujeres inician la vida sexual antes de los 17 años y el 90% a los 21 años. Los hombres a los 19 años en un 59.4% ya iniciaron la vida sexual y en un 93.4% a los 23 años.

Conviene destacar que a los 19 años el 83.4% de las mujeres está soltera, y cuando llega a los 25 años lo sigue siendo el 57.5% de ellas, el 13.5% se encuentra en unión libre, mientras que las casadas constituyen el 27.8%. Esto significa que cuando la mayoría de las mujeres tiene vida sexual activa cerca del 71% no ha legalizado su unión. (16).

En cuanto a la edad de matrimonio, va de 18.2 años promedio para las mujeres que actualmente tiene de 40 a 44 años, a 18.6 años de edad para el grupo de 26.29 años. El porcentaje de solteras entre los 15 y los 19 años de edad ha aumentado de 61% en 1950 a 69.9% en 1970. Sólo un pequeño grupo de mujeres con un nivel de educación de preparatoria o más se casa en promedio a los 21 años (Benítez Zenteno, 1979). (2).

La escolaridad incide determinantemente en la edad media de la primera unión, la cual se incrementa directamente con el grado de escolaridad alcanzando. El tamaño de la localidad actúa de manera similar al grado escolar, e igualmente sucede si trabaja antes de unirse. Se observa que estas variables incrementan

la edad en que se dá la primera unión.

Las mujeres casadas presentan un aumento paulatino en relación al grupo etáreo y un decremento según aumente el tamaño de la localidad. Las solteras en cambio, disminuyen conforme se avanza en el grupo etáreo; y respecto al tamaño de la localidad su distribución es causal. (16).

#### FECUNDIDAD.

Los datos captados por la ENFES muestran que el 10.9% de las mujeres encuestadas estaba embarazada. En el 50% de ellas ocurre antes de los 26 años y en el 60% en el grupo de 15 a 19 años. Se observan los porcentajes más altos de mujeres embarazadas en las áreas rurales y metropolitanas, mismos que disminuyen en las poblaciones intermedias. (16).

A efectos de establecer los niveles y tendencias de la fecundidad generalmente se recurre a encuestas por muestreo. La encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF) realizada en 1977, la Encuesta Nacional Demográfica (END) levantada en 1982 y la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES) en 1987, proporcionan información sobre los patrones reproductivos en las mujeres en fechas separadas por 5 años cada vez. Al seguir los grupos generacionales por quinquenios, podemos observar que las tasas de fecundidad correspondientes a los grupos de 20-29 años son las más altas, aún cuando existe declinación progresiva de las mismas. El grupo de 15-19 años desde 1932 hasta 1942 mantiene tasas bajas, que también tienden a disminuir. (16).

Respecto a la tasa de fecundidad se ha observado que de 1940 a 1979 entre las mujeres de 15 a 29 años de edad ha disminuido ligeramente, entre las de más de 30 ha aumentado. Estas diferencias implican una mayor proporción de nacimientos entre las mujeres mayores y una menor proporción entre las más jóvenes.

La escasa cantidad de mujeres que limita en forma consciente el número de sus hijos se refleja en la insignificante disminución de la tasa de natalidad, de 44.3 nacidos por cada 1 000 habitantes en 1940 a un estimado 41.7 en 1975 (Carrillo Flores, 1974). (2).

La tasa bruta de natalidad resultante ha presentado disminución desde 1981, cuyo valor correspondía a 33.95 nacidos vivos por 1 000 habitantes a 31.96 en 1987,. (16).

Stycos (1968) opina que a largo plazo, la natalidad disminuirá a medida que la urbanización, la modernización y el alfabetismo aumenten. Empero, Miro, en un estudio sobre América Latina, encontró que "la fecundidad medida por el número promedio de nacimientos sobrepasa en muchas ciudades el nivel estimado, considerando el grado de urbanización". (2).

Loyo (1974) sugiere que la elevada tasa de natalidad de México es resultado de una "economía subdesarrollada, bajo nivel cultural, precario ingreso de las masas, paternidad irresponsable e ignorancia en la planificación familiar, lo cual se refleja en la creciente tasa de abortos y el uso ineficaz de métodos anticonceptivos". Asimismo, el investigador encontró que en México, tanto en las áreas rurales como en las urbanas, los factores

religiosos desempeñan un papel menos importante "del que generalmente se les atribuye". (2).

La tasa global de fecundidad en nuestro país descendió de un nivel de 6.31 en 1973 a 3.84 en 1986; esto significa una baja de casi el 40% en el número de hijos por mujer. Desde otra perspectiva, el número de nacidos vivos por cada mil habitantes en el quinquenio 1975 - 1980 fue de 37.6 anuales. Mientras que de 1985 a la fecha esta cifra ha disminuido a 25.77 por mil al año. (16).

El impacto de descenso de las tasas de fecundidad se observa en la disminución paulatina en el promedio de hijos nacidos vivos por el grupo de edad de la madre, que según las diferentes encuestas cada vez es menor.

Los diferenciales de la fecundidad rural-urbana han aumentado conforme transcurre el tiempo. La tasa global de fecundidad - 1981-1986 fue de 6.2 en áreas rurales y 3.3 en áreas urbanas. La fecundidad en ésta era ya menor que la de áreas rurales desde la segunda mitad de la década de los sesenta.

En relación con las tasas globales de fecundidad por entidad federativa corresponde la más baja, de 2.14 para el Estado de México y el Distrito Federal. Con base en cálculos de población, se estima que para este grupo la duplicación ocurriría entre 37 a 42 años. (16).

En el presente estudio se menciona el término multipara como característica determinante para el motivo de la presente investigación de tal forma que es importante su definición:

Una multípara es aquella mujer que ha parido más de un recién nacido (para propósitos de definición, un embarazo múltiple constituye una sola paridad). (14)

Multípara es una mujer que ha llevado dos o más embarazos hasta la fase de viabilidad. Es el número de los embarazos que alcanzan la viabilidad y no el número de fetos dados a luz lo que determina el número de partos. (6).



## LA RELACION CONYUGAL EN MEXICO

La familia mexicana está basada en dos proporciones fundamentales:

- a) La supremacía absoluta e incuestionable del padre y
- b) El autosacrificio absoluto y necesario de la madre (Díaz Guerrero, 1975).

La madre desempeña un papel cardinal en la estructura familiar. En un estudio realizado en una población cercana a la ciudad de México, From y Maccoby (1970) encontraron una gran fijación y dependencia hacia la madre y pudieron observar que, en uno y otro sexo, esta relación era mucho más fuerte que la que se tenía con el padre.

Se puede afirmar que en México al padre se le teme, más no se le respeta, y que a la madre se le quiere y se le respeta no como a un individuo per se, sino por tolerar silenciosamente todos los sufrimientos que el hombre impone tanto a ella como a sus hijos.

El que la madre sea el centro en las familias mexicanas se puede explicar con base en:

- a) La falta de apoyo emocional por parte del padre.
- b) La ausencia total o parcial del padre en muchos casos.

De este modo vemos que la madre se siente sola y con una gran responsabilidad sobre sus espaldas, y centra todas sus aspiraciones en conseguir el amor y la comprensión de sus hijos. Les crea así una fuerte dependencia, con la esperanza de que nunca la

abandonen, o recurre al chantaje emocional destacando una y otra vez cuánto se ha sacrificado por ellos y cuánto le ha costado vencer todos los obstáculos impuestos, principalmente por el padre, para poder hacer de ellos lo que son.

La mayoría de las familias tienden a existir como unidades - distintas. Sin embargo, encontramos variaciones en las probabilidades de resolver sus propios problemas con o sin la ayuda o interferencia de parientes (Leñero, 1971). (2).

## M A T E R N I D A D

Todas las instituciones culturales, desde antes de la conquista, aplauden y premian los aspectos maternales de la mujer y por el contrario, censuran sus expresiones sexuales(3).

Se puede inclusive afirmar que durante la Revolución y los años posteriores se reforzó el vínculo entre la identidad de la mujer y la maternidad.

La ausencia del hombre del ámbito doméstico ya fuera por los conflictos armados o por voluntad propia hizo que la mujer asumiera cada vez más la responsabilidad de ese hogar un tanto abandonado, descuidado o maltratado por el hombre-marido-padre.

El maternalismo surgió con más fuerza que nunca. Y esta vez no impuesto sólo por autoridades formales, como ocurrió durante la vida colonial y precolonial, sino como resultado de todo un conjunto de circunstancias que obligó, y permitió a las mujeres encontrar en él supervivencia y la de su familia. Cuando los hombres van a la guerra, cuando marchan a trabajar a otro lugar o cuando se enrolan "de tiempo completo" en responsabilidades públicas, aumenta la fuerza del poder de la mujer tanto en el ámbito familiar como en el comunitario local.

El maternalismo no cambia los atributos esenciales de la mujer-abnegación y sumisión a la autoridad de un hombre-pero los convierte en un vehículo de un poder aparentemente invisible pero con eficaces mecanismos de control e influencia, las llamadas "armas femeninas": manipulación sutil, llanto, súplica, coquetería, menti

ras blancas, provocación de sentimientos de culpa, etc. (8).

El manejo de la sexualidad femenina y de la reproducción humana son dos áreas donde la socialización hace más énfasis y se pertrecha con argumentos biológicos pretendidamente irrevocables. Sin embargo la perspectiva de género permite superar la óptica biológica.

Es incuestionable que la reproducción humana entraña un proceso biológico pero también es claro que este proceso está inserto en todo un enjambre cultural que determina las modalidades en que se produce, el valor que se le adjudica y los contratos sociales que lo sustentan.

La relación entre la maternidad y la paternidad con las identidades femeninas y masculinas es básica dentro del concepto que la sociedad construye y transmite respecto al género femenino.

Si la mujer es considerada como un sujeto pasivo, mero instrumento de intereses sociales a quien no se le reconoce el poder de decidir, la reproducción, con sus actividades domésticas concomitantes, se convierte en un determinismo social excluyente del desarrollo de otras potencialidades.

La década de los setentas es también una época de auge del feminismo mexicano que desenmascara el sexismo patriarcal y ofrece alternativas para la reconstrucción cultural del género femenino y de su identidad. Por otra parte, el mito de su inferioridad intelectual es destruido de manera contundente por la creciente incorporación de las mujeres a la educación superior y sus logros en diversos ámbitos públicos. (8).

Existen expectativas tradicionales para todos los miembros de la familia: madre padre e hijos. Epstein y col presentan por primera vez un esquema para comprender la función familiar y la subsecuente discusión se basa en gran parte en dicho modelo.

El papel tradicional de la esposa y madre fue considerado -- hasta hace poco principalmente expresivo o afectivo; incluía la maternidad, la atención del hogar, la actividad sexual y el representar conductas "femeninas" ante los hijos.

Aunque actualmente dichas expectativas están cambiando en la sociedad actual por la lucha que la mujer está encabezando para su emancipación. (1).

La madre puede ser receptiva, aquella que necesita la presencia física y el amor de los hijos ante la ausencia cotidiana del esposo o porque los hijos sirven para atraer la atención de los demás o porque, como sucede comúnmente en México, la mujer sólo tiene valía cuando es madre y por lo tanto no desea dejar de serlo.

Las madres explotadoras, no tienen fe en el afecto y por lo tanto, deifican a los hijos, es decir los convierten en objetos para retener al esposo, son madres egoístas, que no se dan realmente, son posesivas y autoritarias, al mismo tiempo que aparente y excesivamente permisivas, pero que en realidad infantilizan a los hijos.

La madre acumulativa busca el poder, sobre todo en sociedades donde el ser mujer representa minusvalía al no gozar de derechos sociales, vuelva su autoridad sobre sus hijos y/o el esposo

débil, convirtiéndose en dominante y destructiva; es el típico - matriarcado que exige preponderantemente la sumisión incondicio- - nal de los hijos; en este tipo de familia es frecuente que se - - presente el llamado síndrome del niño maltratado o golpeado, el - - infanticidio y la deprivación afectiva severa.

La madre productiva desea en forma profunda y no convencio- - nal para sus hijos, metas valaderas como son la felicidad, la li- - bertad, la valentía moral y el amor. (3).

## EL HOMBRE Y EL MACHISMO

El machismo es el complejo de lo que se espera del papel masculino, e incluye los siguientes atributos:

A.- Actitudes hacia el sexo: relaciones sexuales premaritales y extramaritales a temprana edad para los hombres; manifestación de fecundidad mediante la rápida procreación de hijos, especialmente varones, y actitudes negativas ante las técnicas de contracepción masculina dentro de la relación marital (Back y Hass, 1973).

B.- Actitudes hacia el trabajo: Poca importancia y subestimación de cualquier tipo de responsabilidad doméstica.

C.- Actitudes hacia la autoridad: Uso de la fuerza física y la rudeza para solucionar desavenencias y para tratar al débil y a sus subordinados, incluyendo a la mujer (Back y Hass, 1973). --  
(2).

Ramos (1963) opina que este complejo de inferioridad se puede apreciar claramente en los individuos que manifiestan una preocupación exagerada por reafirmar su personalidad, y que se interesan en todo lo que implica poder, afirmando que estas características sobresalen en el pueblo mexicano.

Para el mexicano, en contraposición con otros pueblos, el ser extrovertido representa la debilidad o el reflejo de la traición. El mundo exterior no tiene cabida en su intimidad. El que se "raja" (el hombre que se ha arrepentido o retractado de lo que hizo o dijo) es un hombre que no es digno de confianza. De esta

suerte, las mujeres son seres inferiores porque aceptan a hombres en su vida íntima: "se entregan" a los hombres. Este hermetismo es un reflejo de la falta de confianza y de la sospecha.

Al mexicano también se le ha descrito como una persona triste, desconfiada, poco cooperadora, egófica, fatalista y pesimista (Fromm y Maccoby, 1970); impulsiva, sin capacidad de posponer gratificaciones, hipersensible a la crítica, que busca pelea (Ramos, 1936); conservadora y rígida en sus costumbres y mentalidad (UNAM, 1973). (2).

La característica de emotividad e impulsividad de la personalidad del mexicano se puede apreciar sobre todo en las fiestas, donde se desprende las inhibiciones al grado de producir escenas de violencia debido a la embriaguez o los celos. Esta característica también se manifiestan en la agresividad hacia las mujeres, su incapacidad para ahorrar, la ostentación de la abundancia, el desperdicio irresponsabilidad de sus recursos, prestados, una vez que ha malgastado los propios (Paz, 1959). En suma, todo un reflejo de su irresponsabilidad y falta de voluntad o capacidad para planear y culminar sus planes. (2).

A los hombres se les permite, e incluso es de esperarse que sostengan relaciones sexuales premaritales, mientras que a las mujeres se les exige que lleguen "puras y vírgenes" a su noche de bodas. Se da por hecho, así mismo, que los elementos del sexo masculino tienen relaciones extramaritales. Esto está íntimamente relacionado con el valor positivo que se atribuye a "su capacidad" para procrear muchos hijos, o, como indica Leñero Otero - -



(1971), a su habilidad de ser un " padre prolfico", y con las actitudes negativas hacia la contracepción masculina.

El esposo debe trabajar y proveer. El no sabe nada o no desea saber nada de lo que sucede en el hogar. Lo único que exige es que se le obedezca y que su autoridad sea incuestionable. Generalmente, después de las horas de trabajo, se reúne con sus amigos y con ellos prosigue su vida en la misma forma que cuando era soltero (Díaz Guerrero, 1975). (2).

Back y Hass (1973) piensan que las actitudes y la conducta -- del "macho" son reforzadas por el grupo de referencia masculino.

Las características atribuidas al hombre son la fuerza física su habilidad para conquistar a las mujeres, energía, autoridad y - carácter pendenciero (Leñero, 1973).

Por lo que toca a la planificación familiar, Mateos Cándano y colaboradores (1968) observaron que los hombres, en efecto, desean tener más hijos que sus esposas.

## ETAPA DE FORMACION Y EDUCACION DE LOS HIJOS

Paz (1959) sugiere que la sociedad mexicana confunde el amor con una unión destinada a tener hijos. Al matrimonio, afirma, se le considera como un valor más importante que el amor; a la prostitución se le acepta culturalmente, aunque no en forma oficial, como un medio de separar el "amor necesario" para tener hijos, -- del placer sexual. (2).

Una de las principales expectativas de todo matrimonio es la de tener hijos, corrientes antropológicas y psicoanalíticas actuales ha demostrado que la sexualidad va mucho más allá del mero acto de la reproducción, que la relación sexual es una comunicación emocional intensa y profunda de los seres humanos, por ello vale la pena preguntarse si hubo un razonamiento previo al encargo de los hijos. ¿Están preparados y capacitados los conyuges para tener un hijo? ¿Es un deseo consiente y responsable? ¿Se ha logrado la madurez necesaria, la comunicación, el respeto, la comprensión y el amor entre los padres? ¿Se va a poder educar a ese hijo dentro de las mejores tradiciones humanísticas de nuestra cultura? -- Por lo común estas preguntas no existen en la mente de los futuros padres, sino solo son convencionalismos sociales el hecho de que estar casado implica erróneamente tener hijos, las creencias religiosas que consideran la idea de la paternidad y la maternidad son las consecuencias lógicas, inminentes e inmediatas del matrimonio. (3)

Cuántas veces la inseguridad emocional personal es la que -- viene a precipitar una decisión que debería mantenerse latente, --

mientras no se logre el grado de madurez necesario.

En muchos casos el razonamiento que lleva a los padres a tener un hijo, es el pensar en darle gusto a los abuelos "porque ya están grandes y es bueno que tengan nietos, por el poco tiempo -- que les queda para disfrutarlos".

O el hecho de que afirman su estatus social por encontrarse casados, en fin, un sin número de razones que implican actos de inmadurez y falta de reflexiones. Nunca es demasiado enfatizar en que la paternidad y maternidad son actos eminentemente culturales y que tener hijos debe ser fruto de una profunda meditación, de un conocimiento real y una absoluta responsabilidad. (3)

No existe ninguna evidencia científica que explique satisfactoriamente por qué la gente desea tener hijos. Y que Pohlman -- (1969) afirma, existen ciertos momentos en los que un hijo deseado parece ser no deseado.

No se cuenta con muchos datos para definir por qué algunos valores son importantes, o porque los hijos satisfacen estos valores y en qué forma motivan a los padres para tener hijos. (2).

Algunos han sugerido los factores innatos; de entre ellos, el instinto maternal es la razón principal (Deutsch, 1945, citado por Pohlman, 1969). Empero, como Pohlman afirma, gran parte de lo que se le atribuye al instinto es simplemente un aspecto de aprendizaje social.

Rabin y Greene (1968, p. 40) encontraron cuatro razones principales para tener hijos:

- 1) **ALTRUISTA:** Se refiere una motivación desinteresada por la paternidad y no al "simple anhelo de expresar afecto, preocupación o necesidad de amparar a los hijos"
- 2) **FATALISTA:** "La predestinación expresa la creencia de que la misión del hombre (o de la mujer en la tierra es la de procrear y perpetuar la especie; - es el orden natural de las cosas".
- 3) **NARCISTA:** La motivación narcisista representa el concepto de que "el hijo reflejará su gloria sobre el padre, será una prueba de su virilidad (o femineidad) y la afirmación de su capacidad física, biológica o psicológica.
- 4) **INSTRUMENTAL:** "El hijo es útil; se le usará como medio para conseguir un fin".

Otro tipo de razones sería el anhelo de tener "algo" que amar (Miller, 1971), el afán de compartir la madurez con otro adulto (Miller, 1971), el deseo de jugar, divertirse y revivir su propia juventud (Hoffman y Hoffman, 1973; Pohlman, 1969), el ver a los hijos como un medio de satisfacer la necesidad de ser generoso y útiles (Pohlman, 1969), o simplemente el sentir cariño por los niños (Rainwater, 1965). Estas razones pueden considerarse como simple satisfacción emocional.

Este tipo de motivos es intrínseco, es decir, tanto en su origen como sus consecuencias son internos, en forma de sentimientos

tos, de emociones, que implican el deseo de dar o recibir sentimiento que podría considerarse altruista en el sentido de que es puro, sin esperar recibir nada material o físico a cambio.

El segundo grupo de razones para tener hijos es extrínseco, e implica el deseo de dar esperando recibir, atribuyéndose al mismo tiempo un valor palpable y concreto a lo que se recibe, ya sea un sentimiento, un objeto material o una idea. Las razones agrupadas en esta categoría son el contar con ayuda económica, apoyo financiero, prestigio, seguridad económica en la edad madura (Fawcett, 1970; Rabin 1965; Rabin y Greene, 1968; Pohlman, 1969; Ohlin, 1970).

El tercer grupo se refiere a las razones sistemáticas, las cuales implican pensamientos y se definen en términos de ideas mentales concretas, por ejemplo: la continuidad de las generaciones (Fawcett, 1970), el considerar tener hijos como un deber que hay que cumplir (Hoffman, 1973; Pohlman, 1969) o como un signo de virilidad, una prueba de "machismo", factores que incluyen el sexo del niño (exceptuando aquellos con motivos estrictamente financieros) y sus relaciones con otras instituciones (Freedman, 1962, citado por Fawcett, 1970). Se les llama "sistemáticas" porque, de alguna forma, están relacionadas con el sistema de normas y reglas existentes, implícita o explícitamente, en el grupo social al cual individuo piensa que pertenece y debe corresponder. Mientras que intrínseco y extrínseco se refieren a los motivos.

La diferencias entre uno y otro sexo respecto a los motivos

para tener hijos puede clasificarse en cualquiera de estos grupos o en una combinación de ellos (Hoffman, 1973; Leñero, 1973).

La mujer cita el amor (intrínseco), el afecto (intrínseco) y la compañía (intrínseco-extrínseco, dependiendo el tipo de compañía y la razón para buscarla) con mayor frecuencia que el hombre (Gurin y colaboradores, 1960 y Meade, 1971, citados por Hoffman y Hoffman, 1973). Hoffman y Hoffman mencionan la posibilidad de -- que los hijos ofrezcan una de las pocas relaciones en las cuales el hombre puede expresar sentimientos de cariño y ternura (intrínsecos).

Raunwater (1965), Hoffman (1974), y Rabin (1965) encontraron que la imagen de la mujer que deliberadamente no tiene hijos es negativa. Este hallazgo se puede explicar en términos de la influencia de lo sistémico en lo intrínseco o de lo sistémico en lo sistémico. (2).

La preferencia por alguno de los sexos también se puede explicar con respecto al concepto extrínseco: "Si es varón, al crecer podrá trabajar y ayudar a sus padres" (Inkeles y Smith, 1974, p. 75). O en relación con el sistémico, la explicación es que en algunas culturas la preferencia por los varones es una prueba de virilidad o se les considera como un medio de perpetuar el apellido (Pohlman, 1969).

Las explicaciones psicoanalíticas de por qué se desean los hijos se pueden agrupar en cualquiera de estas categorías o en una combinación de ellas. El concepto de que las parejas desean tener hijos como resultado de un complejo de castración es un ejem

plo de un sentimiento intrínseco distorcionado. De acuerdo con la teoría psicoanalítica, la competencia con el padre del mismo sexo es un tipo de posición sistémica (Deutsch, 1945; Hoffman y Wyatt, 1960, citados por Pohlman, 1969). (2).

## EDUCACION

La instrucción es un factor importante que contribuye al cambio del papel tradicional de la mujer y a su vez está relacionado con la participación de la mujer en empleos reenumerados, hecho que ofrece a las mujeres una posibilidad distinta de la de tener y criar hijos. (2).

En 1970, el promedio nacional de escolaridad en México fue de 2.9 años. Para el Distrito Federal y el estado de Nuevo León esta cifra fue de 5 y 4.5 años respectivamente, mientras que en estados como Chiapas, Guerrero y Oaxaca el promedio de escolaridad sólo alcanzó 1.6 años. También se observaron grandes diferencias regionales en lo que respecta el analfabetismo. Mientras que en el Distrito Federal (el área más desarrollada del país) se registró una tasa de analfabetismo del 10%, en las regiones menos desarrolladas esta cifra aumentó hasta el 45% (Censo Nacional, 1970). (2).

Las cifras relativas al analfabetismo muestran que su porcentaje es más elevado en el caso de las mujeres (10.3%) que en el de los hombres (6.7); no obstante se ha reducido en términos generales la tasa de analfabetismo total al pasar de 25.8% en 1970 a 17.0% en 1980.

En lo relativo a la composición de la población escolar por sexo en los niveles elementales, primaria y preprimaria, está constituida en partes iguales por hombres y mujeres, no así en los restantes donde se observan diferencias para cada uno de los niveles escolares.



Así, en las escuelas de capacitación para el trabajo, profesional medio y normal, la matrícula de mujeres es predominante, -- caso contrario al de los planteles de bachillerato y enseñanza superior. Este comportamiento puede estar determinado por el temprano ingreso de la mujer a las actividades domésticas familiares o bien al mercado de trabajo, así como por la tradición de que dado que -- tarde o temprano será ama de casa, debe estudiar cuando mucho una -- carrera corta.

A nivel nacional en el ciclo 1982-1983; uno de cada tres estudiantes de licenciatura es mujer y con respecto a las Entidades Federativas, se observa que los mayores porcentajes con respecto a la población escolar total en ese nivel se registraron en San Luis Potosí 41.1%; Hidalgo 40.8% y Baja California 39.2%. Las matrículas más bajas a este respecto son en Baja California Sur, donde la mujer estudiante constituye 29.9% de la población escolar total en el nivel de licenciatura; Chiapas 29.4% y Quintana Roo 23.5% (16).

Caldwell (1976) sugiere que la educación es la variable más importante dentro del grupo de variables relacionadas con la modernización con respecto a una disminución de la fertilidad.

Leñero Otero (1971) sugiere que, en México, una persona con mayor grado de escolaridad está capacitada para recibir el mundo que la rodea más objetivamente que un individuo con menor educación -- (2).

Fawcett y Bornstein (1973) citan a Freedman (1963) que señala una relación inversa entre los niveles de educación, la población -- se compromete más con las ideas e instituciones de una cultura mo--

derna más amplia. Si el individuo es, o cree ser, parte de un sistema en el que las relaciones con la familia extensa no son el -- centro de un sistema social empieza a encontrar recompensas en tipos de relaciones interpersonales en las que una familia extensa no son el centro de un sistema social empieza a encontrar recompensa en tipos de relaciones interpersonales en las que una familia numerosa puede ser un inconveniente (Fawcett y Bornstein, -- 1973). A este respecto existe una pregunta que no ha sido contestada satisfactoriamente y es ¿qué nivel de instrucción se necesita como base para la aplicación de programas de reducción de la -- fertilidad? educación formal a niveles altos o meramente en grados elementales, cambios culturales a nivel informal, educación -- sexual básica, etc.

## NIVEL SOCIOECONOMICO Y OCUPACION

El nivel socioeconómico de un individuo refleja su posición en un sistema de estratificación social; educación, ocupación, ingreso, círculo de interacción entre amigos que comparten su patrón de consumo, son características "objetivas" que influyen en el hombre y moldean su conducta.

Estas características "objetivas" se combinan para producir dos características "subjetivas" cruciales. La primera es la posición que la comunidad impone al hombre, la evaluación de su situación económica, lo que conocemos con su "estatus social" o el prestigio que tiene ante los ojos de los demás. La segunda se refiere a un sentido de autoidentificación, de conciencia de clase del individuo (Kahl, 1968). (2).

En el presente estudio se utilizan tres de las características "objetivas" consideradas por Kahl para determinar el nivel socioeconómico. Estas son el ingreso, la ocupación y la educación de ambos conyuges.

Pohlman (1969) sostiene que los pobres tienen más hijos no porque así lo deseen, sino porque hacen uso tardío de las prácticas anticonceptivas si es que alguna vez las emplean. Por consiguiente, rechaza la aceveración de que las personas de nivel socioeconómico inferior realmente desean tener muchos hijos y la sociedad les niega el derecho de hacerlo. Ellos quieren limitar sus familias, pero debido a una serie de razones no siempre se comportan de acuerdo con las actitudes expresadas. (2).

Respecto a la situación ocupacional de la mujer, los datos destacan que al finalizar 1988 sólo una tercera parte de la población femenina de 12 y más años de edad correspondía a la población económicamente activa. Los mayores niveles de participación corresponden a los principales centros urbanos, donde igualmente se concentran las cantidades más elevadas de mujeres. El indicador mencionado fue en la ciudad de México de 36.2%; en Guadalajara de 35.6% y en Monterrey 31.3%, la excepción a esta regla es la ciudad de Matamoros donde 37.6% de la población económicamente activa, debido seguramente a la creciente instalación de maquiladoras, las que, como se sabe, emplean preferentemente mano de obra femenina.

Existe una incipiente integración de la mujer a las actitudes industriales, en tanto que es sobresaliente su participación en las de comercio y servicios. La población económicamente activa femenina se encuentra en desventaja respecto a la masculina en los puestos de dirección o bien en su participación en número de acuerdo a su posición en el trabajo, los porcentajes a favor de los hombres son en todos los casos superiores, sólo 3.3% de las mujeres que están ocupadas desarrollan puestos de dirección (16).

Sin embargo es una realidad que falta mucho por hacer; aún persisten las desigualdades, la marginación social y el atraso cultural, sobre todo en las poblaciones rurales. La crisis económica, si bien ha ocasionado profundos cambios que apuntan a lograr un desarrollo de las capas de la población más empobrecidas, integradas en una gran proporción por mujeres. De ahí la impor-

tancia del llamado de la Administración Federal para que sea la población afectada la que proponga y promueva las acciones que permitan elevar la calidad de vida de todos los habitantes. La convocatoria ha sido dirigida en especial a la mujer reconociéndose la importancia que tiene en la preservación de la generación humana, en la educación de las futuras generaciones y en su aporte en el incremento de la productividad económica que hoy requiere el país. La modernización de la vida nacional obliga a la sociedad a adoptar nuevas actitudes y una nueva cultura política sustentada en diálogo y la tolerancia, así como en el respeto y reconocimiento a los derechos de todos y cada uno de los ciudadanos. Este propósito sólo será posible con la participación consciente y solidaria de las mujeres por lograr un mejor nivel de bienestar e igualdad de condiciones en todas las actividades del país. (16).

## MUJERES ECONOMICAMENTE ACTIVAS

Muchos estudios han indicado una relación inversa entre el tamaño de la familia y la medida en la cual la mujer participa en la fuerza de trabajo y esta relación es más marcada en países industrializados y en zonas urbanas.

Hoffman (1974) cita los estudios de Whelpton, Campbell, Patterson (1966), y los de Ryder y Westoff (1971), en donde se encontró que la mujer que trabaja por gusto desea menos hijos que las que tienen que hacerlo por necesidad.

Además, destacó que la mujer que trabaja obtendrá satisfacciones personales diversas, sus deseos de maternidad disminuirán y, por lo tanto, practicará la contracepción con mayor efectividad. (2).

En México la mujer trabaja porque necesita dinero para mantener a sus hijos, y de hecho, las mujeres que tienen más hijos son las que, con frecuencia, trabajan precisamente debido a que sus necesidades son mayores (Leñero, 1971).

En general se ha notado una tendencia de la mujer mexicana de separarse de sus tareas domésticas y del cuidado de sus hijos para dedicarse a actividades remuneradas (Benítez Zenteno, 1979). (2).

MUJERES INTERESADAS EN LA PLANIFICACION  
FAMILIAR

En lo que concierne a la planificación familiar, Dyckhoff y Colaboradores (1976) encontraron que la mujer que trabaja fuera del hogar, o que participa en las actividades económica familiares (por ejemplo realizando ventas telefónicamente o lavando ropa para los vecinos), desean tener menos hijos en comparación con las mujeres que no desempeñan este tipo de actividades.

Benítez Zenteno (1979) cita datos respecto al hecho de que en 1974 en México la proporción de mujeres que no quería más hijos era de más del 50% a partir de que tenía 3 hijos y del 40% en aquellas con 2 hijos.

La encuesta mexicana de fecundidad (SPP, 1979) señala que el deseo de no tener más hijos aumenta con el número de hijos vivos que tiene la mujer, con el nivel de escolaridad, conforme aumenta el tamaño de la localidad de residencia y con el nivel ocupacional del marido. En general las mujeres que trabajan son las que en mayor porcentaje desean menos hijos, mientras que las que nunca han trabajado se localizan en el extremo opuesto del continuo. (2).

Keller (1973) también observó que las mujeres que trabajan tienen más probabilidad de desertar de las clínicas de planificación familiar de la ciudad de México que las que no trabajan.

En consecuencias, existen dos deducciones principales que podrían parecer contradictorias, una relación directa y una opuesta entre el nivel laboral de la mujer y las prácticas anti-

conceptivas. A este respecto, muchos autores dirán que debido a la naturaleza contradictoria de estos resultados no se puede llegar a ninguna conclusión. Sin embargo, se puede sugerir que en los países menos desarrollados, en donde las mujeres todavía no han aprendido que las actividades con remuneración económica no sólo se realizan por sus beneficios financieros, sino también por el placer, son las mujeres con más hijos quienes tienen mayores necesidades y, por consiguiente, son las económicamente activas, o también como ocurre en las sociedades agrarias, donde la participación de la mujer en dichas actividades es indispensable para la supervivencia de la familia, que constituye la principal unidad de producción. (2).

En los países más desarrollados, donde la mujer por lo general tiene más educación y se interesa en el trabajo por ser no únicamente en sus beneficios económicos, la mujer planea su familia - tiene un menor número de hijos porque está consciente de los beneficios que esto aporta a su realización como ser humano independiente, no sólo en el aspecto laboral sino en otras esferas de su vida. (2).



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuando una mujer muere por complicaciones relacionadas al embarazo o en el parto, en muchos casos muere innecesariamente. Sin embargo, más de medio millón de mujeres en los países en vías de desarrollo mueren cada año en estas circunstancias, y millones más sufren incapacidad y enfermedades temporales o permanentes. Los problemas de salud materna se deben a razones médicas y a toda una serie de factores subyacentes. Estos incluyen el bajo estado social, económico y político de la mujer, la falta de suministros, instalaciones, equipos y recursos humanos en los servicios de salud; y las costumbres tradicionales y actitudes que afectan negativamente la vida de las mujeres. (15).

Puede ser una mujer que ya ha estado embarazada varias veces, o una adolescente que no tiene acceso a los servicios y la información sobre planificación familiar. Puede ser que sea malnutrida o crónicamente enferma. Puede ser que no haya recibido atención prenatal o asistencia durante el parto. Puede ser que sea analfabeta, y que trabaje durante el día entero. La muerte o la incapacidad de esta mujer es una enorme tragedia personal. También es una pérdida terrible para su familia, su comunidad y su país. (15).

Sin embargo existe un número elevado de mujeres multiparas que se continúan embarazando.

Casi todas las muertes y el sufrimiento materno se puede prevenir y le corresponde al médico familiar tener una participación

activa en la Iniciativa que busca una maternidad sin riesgos. Y - reducir la mortalidad materna en un 50% para el año 2 000. (15).

Lo anterior nos hace plantear la cuestión de conocer:

¿Cuáles son los motivos principales de que la mujer multipara continúe embarazándose?, como problema a investigar en este trabajo.

## JUSTIFICACION

Las madres y los niños constituyen más de la mitad de la población total de América Latina y el Caribe. El desarrollo y aplicación de enfoques efectivos basados en el concepto de riesgo para la predicción y prevención de problemas de salud disminuirían la magnitud de la morbilidad y mortalidad en estos grupos de población y deberían ser la prioridad para la mayor parte de los países. (13).

En México resulta evidente que el número de embarazadas del grupo de 40 a 44 años constituye el grupo que menor atención prenatal recibe a nivel nacional. Vale la pena recordar que es precisamente en los grupos de edades reproductivas extremas en donde se presenta el mayor grado de riesgo obstétrico, sobre todo en las áreas rurales, donde solamente una de cada tres mujeres ha recibido atención prenatal en sus embarazos anteriores.

De acuerdo con el tamaño de la localidad, 12% de las embarazadas no recibe ningún tipo de atención en las áreas metropolitanas, mientras que esta proporción aumenta hasta casi tres veces más, es decir a 32 por ciento, en localidades con menos de 2 500 habitantes. (4).

También existen grandes diferencias en cuanto al número de atenciones recibidas durante el embarazo; 57 por ciento ha tenido cinco o más consultas prenatales en las áreas metropolitanas mientras que en las pequeñas localidades, sólo 26 por ciento ha tenido el mismo número de atenciones.

La vigilancia prenatal desde el inicio del embarazo constituye el mejor medio para detectar cualquier complicación que surja, de ahí la importancia de incrementar los cuidados de la embarazada, sobre todo en las de mayor edad, multiparas y de poca escolaridad que habitan en las áreas marginadas suburbanas y rurales, que son las que acuden a recibir los servicios de atención prenatal después del primer trimestre. (4).

El enfoque de riesgo es especialmente vital para la investigación de servicios de salud en la atención materno-infantil. (13).

Las complicaciones del embarazo, parto, postparto y del aborto aparecen como las principales causas de muerte entre las mujeres en edad reproductiva. Aunque existe un subregistro de mortalidad por estas causas, las muertes maternas en América Latina y el Caribe son de seis a 120 veces más frecuentes que las registradas en América del Norte (OPS/OMS, 1989), y en los países existen importantes diferencias según los ingresos, la educación y el grado de urbanización. En 1990, la población estimada de mujeres en edad reproductiva de 15 a 49 años de edad en las Américas era de 186 millones. De estas mujeres, algo más de 15 millones habrán dado a luz a un bebé. Trágicamente, más de 28 000 mujeres mueren anualmente a consecuencia de abortos, complicaciones del embarazo, del parto y del postparto, como la toxemia, hemorragias o infecciones. (13).

Los factores que determinan una pérdida anual estimada de más de un millón de años potenciales de vida en las mujeres de América Latina y el Caribe son múltiples e incluyen las desigual

dades en un estado social, agravado por el crecimiento demográfico, la rápida urbanización, la pobreza, las condiciones de subempleos y la deficiente educación. A estas condiciones deplorables se agregan la aún insuficiente cobertura y deficiente calidad de los servicios de salud y planificación familiar. (OPS/OMS, 1990).

La epidemiología, entonces, proporciona las directrices para identificar necesidades de salud y establecer prioridades. (13).

El riesgo reproductivo se define como la probabilidad de sufrir daño (enfermedad o muerte) durante el proceso de la reproducción, ya sea para la madre, el feto o el recién nacido. El riesgo reproductivo se puede identificar antes del embarazo. En esta etapa se denomina riesgo preconcepcional; durante el embarazo, -- riesgo obstétrico, y desde la vigesimaoctava semana del embarazo hasta la primer semana de vida del recién nacido, riesgo perinatal. (13).

El campo de acción de la planificación familiar y la atención materno-infantil, son dos vertientes fundamentales de la salud reproductiva, entendida ésta como la capacidad de la pareja humana de desarrollar y disfrutar su vida sexual, regulando el número y el espaciamiento de sus hijos, mediante una protección anticonceptiva oportuna y eficaz; una adecuada vigilancia y atención del embarazo, parto y puerperio y de la nutrición, el crecimiento y desarrollo infantil, que le permite su reproducción en las mejores condiciones de salud y de bienestar de la propia pareja y de sus descendientes. (7).

No obstante, existe una necesidad creciente de desarrollar --

un análogo al factor de riesgo, que podría denominarse "factor de salud" o "factor de predicción de la salud". Este factor comprende, específicamente, el desarrollo de una serie de características interactivas que se pueden utilizar para predecir algo más -- que el bajo riesgo de enfermar. Esto incluye la probabilidad de alcanzar una calidad de vida más alta a través de estilos de vida más saludables. (13).

Además de lo señalado en los párrafos anteriores se continúan desconociendo muchas de las características socioculturales y psicológicas de la mujer embarazada.

De esta manera se considera conveniente la realización de investigaciones como la presente, que ayuden a comprender mejor el contexto psicosocial de la mujer y con ello poder realizar mejores medidas de manejo.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Establecer los motivos más frecuentes por los cuales la mujer multipara se continua embarazando.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Establecer si el embarazo en la mujer multipara fue o no deseado.
- 2.- Identificar los motivos de causa psicológica que llevan a la mujer a continuarse embarazando.
- 3.- Identificar si la tradición de familias numerosas de origen influye en la pareja para que la mujer continúe embarazándose.
- 4.- Identificar si existen motivos religiosos que influyan para que la mujer multipara se continúe embarazando.
- 5.- Determinar la estructura o composición familiar.
- 6.- Enunciar el número de miembros económicamente activos en la familia.
- 7.- Determinar que miembro familiar tiene mayor participación al ingreso económico familiar.
- 8.- Establecer la multiparidad por grupos étnicos.
- 9.- Identificar el grado de escolaridad de los cónyuges.
- 10.- Identificar aceptación o rechazo de los métodos de planificación familiar.
- 11.- Señalar que método o métodos anticonceptivos ha utilizado la pareja.

## METODOLOGIA

- Tipo de Estudio, población, Lugar y Tiempo.

Observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. La población: fueron mujeres multiparas derechohabientes de la Clínica Oriente del ISSSTE. Se estudiaron durante el periodo comprendido del 16 al 30 de marzo de 1995.

- Muestra y Tamaño de la Muestra

El tipo de muestra fué no aleatoria y por cuotas hasta -- completar un tamaño de la muestra de 100 mujeres multiparas.

- Criterios de Inclusión.

Mujeres multiparas. Ser derechohabientes de la Clínica Oriente, ISSSTE que acepten contestar el cuestionario.

- Criterios de Exclusión.

Mujeres con menos de 2 partos. Que no sean derechohabientes de la Clínica Oriente, ISSSTE, que no acepten colaborar en el estudio.

- Criterios de Eliminación.

Que la cédula no este contestada correctamente.

- Información a Recolectar.

Edad, Escolaridad, Estado Civil, Sexo, Religión, Ingresos Económicos, Número de hijos, Métodos Anticonceptivos Utilizados, Aceptados o Rechazados.

(Anexo 1)



- Metodología para la Recolección de la Información.

Aplicación de cuestionario a la población femenina multipara. Previa aplicación de la prueba piloto y habiendo realizado las correcciones necesarias. Se procedió a aplicar la Cédula de Recolección de Datos a las mujeres multiparas que llenaban los criterios de inclusión y que se eligieron al azar de las pacientes que se encontraban en la sala de espera de la Consulta Externa de Medicina Familiar del Turno Vespertino así como las pacientes que pasaron a consulta con la investigadora, en el Turno Matutino.

La aplicación de las cien Cédulas de Recolección de Datos las realizó la investigadora.

## RESULTADOS

Se aplicó el cuestionario a cien mujeres multíparas derechohabientes de la Clínica Oriente del ISSSTE, encontrándose los siguientes resultados:

Como puede observarse en el cuadro No. 1 la edad de las pacientes oscilaba entre 22 y 76 años encontrándose la mayor frecuencia en el grupo etáreo comprendido entre 26 y 45 años con un total de 67%.

En relación con el estado civil se encontró que el mayor porcentaje lo tienen las mujeres casadas con un 74%, como se observa en la figura No. 2.

En el cuadro No. 3. Puede observarse que según su estructura el tipo de familia más frecuente es la nuclear.

Es importante resaltar que la multiparidad encontrada osciló entre 2 y 14 hijos, compartiendo el porcentaje más bajo éste último y uno que tuvo 9 hijos con 1%, como lo revela el cuadro No. 4.

El cuadro No. 5 reveló en relación con el grado de escolaridad y la multiparidad, que a mayor grado de escolaridad menor paridad en las mujeres encuestadas.

En relación con los varones el cuadro No. 6 refleja una situación similar al cuadro anterior y además para los hombres alcanzaron un grado de escolaridad mayor, de un 35 a 38% para los varones.

La relación que se encontró entre la multiparidad y grupos etáreos que fue a mayor edad mayor paridad y la inversa como se -

puede ver en el cuadro No. 7.

El cuadro No. 8 reporta que aproximadamente una tercera parte de las mujeres encuestadas son económicamente activas y que el 27% de ellas tienen entre 2 a 4 hijos.

La comparación encontrada entre mujeres y varones en relación al número de hijos que tienen y el que deseaban tener reveló lo siguiente: El 68% de las mujeres deseaban tener de 2 a 3 hijos y en los hombres el porcentaje es de 53%, aunque un 43% de los varones deseaba tener 4 y más hijos, como se puede ver en el cuadro No. 9.

En la figura No. 10 se encontró que el 47% de las parejas no planea un nuevo embarazo.

En la figura No. 11 se observa que comparten porcentajes en un 44% para cada uno en la decisión de la periodicidad de un embarazo y otro, entre la decisión en pareja y los embarazos no planeados.

En la figura No. 12 el 1% no acepta la maternidad.

En la figura No. 13 una sola mujer se embaraza para que no la abandonará su esposo.

El 94% de las mujeres tiene expectativas en sus hijos de lo que no pudieron hacer o disfrutar, como se observa en la figura No. 14.

En la figura No. 15 se observa que el 70% de las mujeres el embarazo les refuerza su condición de mujer.

El tener hijos no refuerza la masculinidad de los varones en

un 39% y para el resto sí, como se puede ver en la figura No. 16.

En relación a que es obligación de los hijos económicamente activos ayudar a los padres se encontró que el 70% de las encuestadas no está de acuerdo, como lo revela la figura No. 17.

La figura No. 18 reportó que el 41% de las mujeres encuestadas tiene la expectativa de que sus hijos se hagan cargo de -- ellos en su vejez.

La relación encontrada entre el número de hijos que se tiene y el número de hermanos en la familia de origen del hombre y de la mujer es una relación directamente proporcional como lo refleja el cuadro No. 19.

Al explorar la aceptación o rechazo de las familias numerosas por parte de las pacientes encuestadas se encontró que el -- 72% no está de acuerdo como se puede ver en la figura No. 20.

Con respecto a la religión y la influencia que tiene en el rechazo o aceptación en la utilización de los métodos anticonceptivos en las mujeres encuestadas, al 6% la religión les prohíbe -- la utilización como se ve en la figura No. 21.

En la figura No. 22 se observa que el 37% de las mujeres -- encuestadas son económicamente activas.

En el cuadro No. 23 al investigar el ingreso total familiar reportó que a mayor ingreso familiar menor número de hijos y a mayor paridad menor ingreso y que el 61% del ingreso familiar es -- aportado por un miembro de la familia.

La figura No. 24 reportó al investigar la actitud de las familias estudiadas ante la planificación familiar lo siguiente: aceptación en un 63.7% contra una indiferencia del 25% y rechazo en un 11.5%.

En la figura No. 25 se observa que la relación encontrada entre la paridad y la aceptación de los métodos de P.F. de las parejas es inversamente proporcional ya que a mayor número de hijos menor aceptación.

En el cuadro No. 26 se presenta la relación entre los métodos anticonceptivos y los grupos etáreos de las mujeres estudiadas, encontrándose que la mayor frecuencia la tiene el DIU con 48 usuarias, seguida de la SOTB con 37 usuarias; en contraste con un paciente vasectomizado.

# GRAFICAS

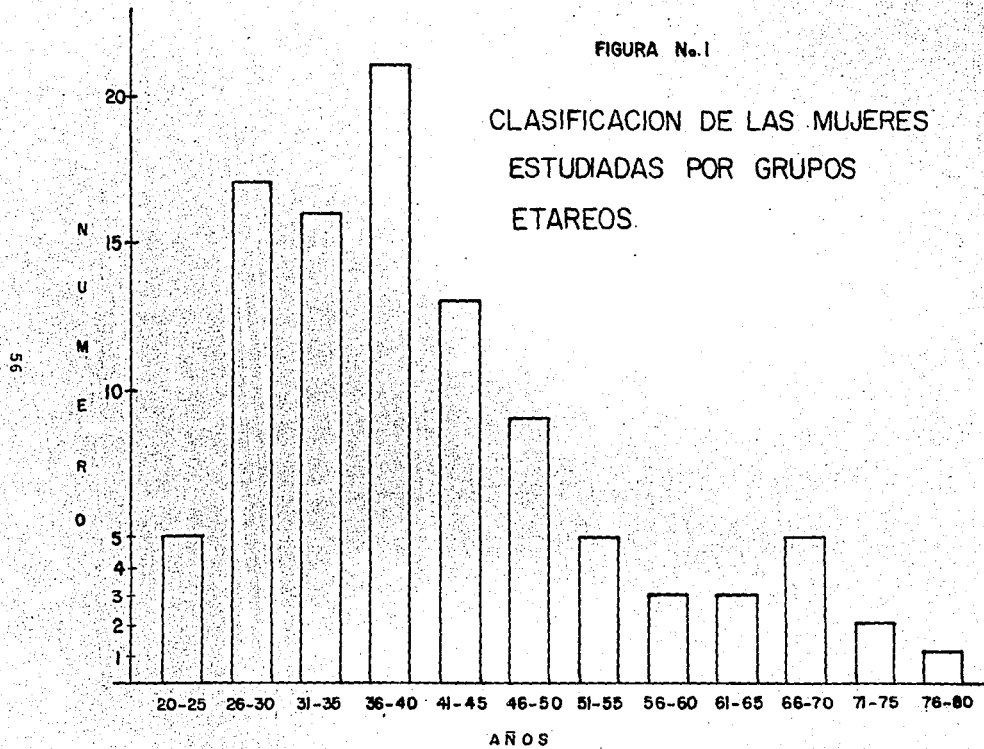
CUADRO No. 1

## CLASIFICACION DE LAS MUJERES ESTUDIADAS POR GRUPOS ETAREOS

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
20 - 25 años	5	5%
26 - 30	17	17%
31 - 35	16	16%
36 - 40	21	21%
41 - 45	13	13%
46 - 50	9	9%
51 - 55	5	5%
56 - 60	3	3%
61 - 65	3	3%
66 - 70	5	5%
71 - 75	2	2%
76 - 80	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

FIGURA No.1

CLASIFICACION DE LAS MUJERES  
ESTUDIADAS POR GRUPOS  
ETAREOS.



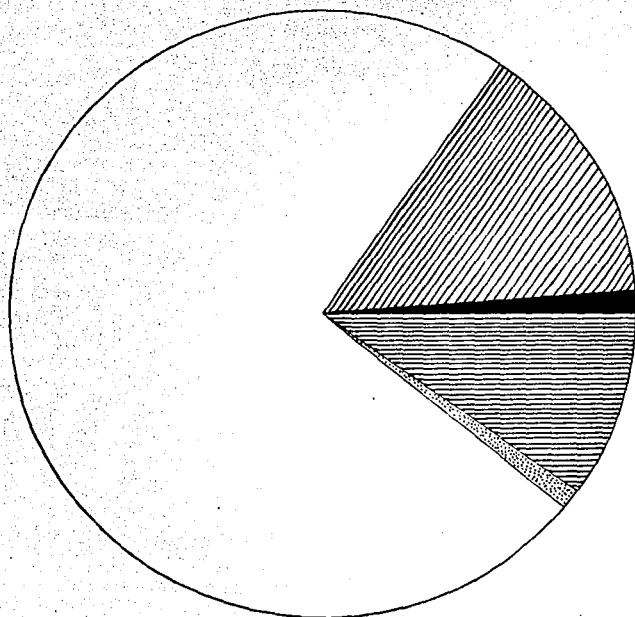
CUADRO No. 2






## CLASIFICACION DEL ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES ESTUDIADAS

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
MADRES SOLTERAS	1	1 %
UNION LIBRE	14	14 %
CASADAS	74	74 %
DIVORCIADAS	1	1 %
VIUDAS	10	10 %
TOTAL	100	100 %



FIGURA No 2  
CLASIFICACION DEL ESTADO CIVIL DE LAS  
MUJERES ESTUDIADAS



-  MADRES SOLTERAS
-  UNION LIBRE
-  CASADAS
-  DIVORCIADAS
-  VIUDAS

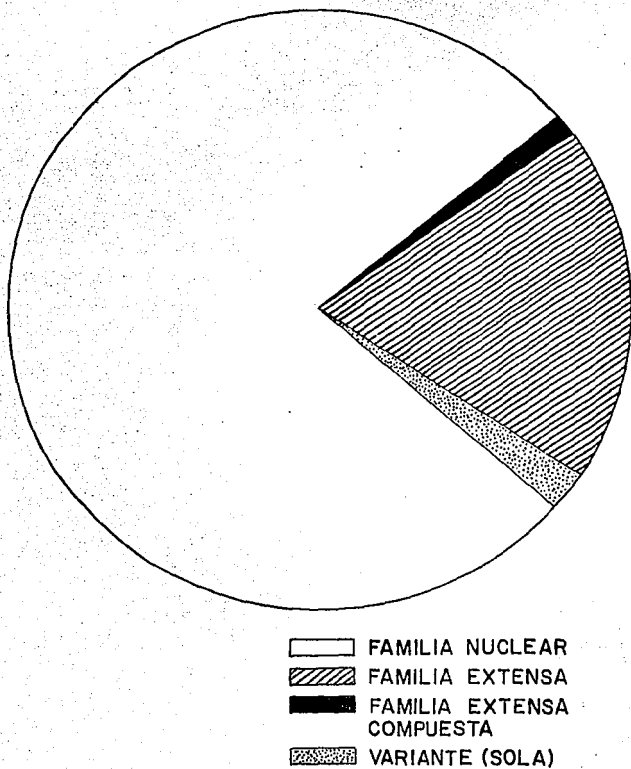
CUADRO No.3

TIPO DE FAMILIA DEL GRUPO ESTUDIADO SEGUN SU ESTRUCTURA

TIPO DE FAMILIA	NUMERO	PORCENTAJE
FAMILIA NUCLEAR	78	78 %
FAMILIA EXTENSA	19	19 %
FAMILIA EXTENSA COMPUESTA	1	1 %
VARIANTE (SOLA)	2	2 %
TOTAL	100	100 %

FIGURA No 3

TIPO DE FAMILIA DEL GRUPO ESTUDIADO  
SEGUN SU ESTRUCTURA



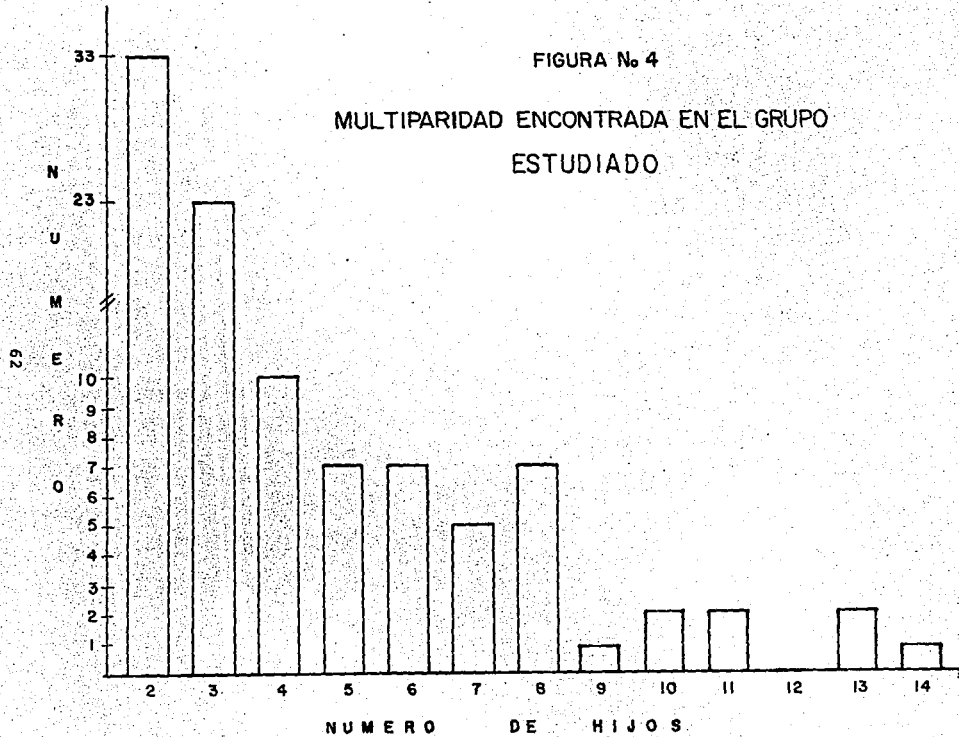
CUADRO N.º 4

## MULTIPARIDAD ENCONTRADA EN EL GRUPO ESTUDIADO

NUMERO DE HIJOS	NUMERO	PORCENTAJE
2 Hijos	33	33%
3	23	23%
4	10	10%
5	7	7%
6	7	7%
7	5	5%
8	7	7%
9	1	1%
10	2	2%
11	2	2%
12	0	0%
13	2	2%
14	1	1%
TOTAL	100	100%

FIGURA No 4

MULTIPARIDAD ENCONTRADA EN EL GRUPO ESTUDIADO



CUADRO No 5

RELACION ENTRE LA MULTIPARIDAD DE LAS MUJERES ESTUDIADAS Y SU ESCOLARIDAD

E S C O L A R I D A D											
Nº HIJOS	NING.	PRIM. INCOM.	PRIM. COM.	SEC. INCOM.	SEC. COM.	BACH. INCOM.	BACH. COM.	LIC. INCOM.	LIC. COM.	TOTAL	%
2		2	3	4	4	1	16	1	2	33	33%
3	1	1	3		8	3	6	1		23	23%
4		2	5		1		2			10	10%
5	5	15	9		2		3			34	34%
TOTAL	6	20	20	4	15	4	27	2	2	100	100%

CUADRO No. 6

RELACION ENTRE EL NUMERO DE HIJOS Y EL GRADO DE ESCOLARIDAD DE LOS VARONES

E S C O L A R I D A D												
No. HIJOS	NING.	PRIM. INCOM.	PRIM. COM.	SEC. INCOM.	SEC. COM.	BACH. INCOM.	BACH. COM.	LIC. INCOM.	LIC. COM.	MAEST.	TOTAL	%
2		1	5		9	2	6	4	5	1	33	33%
3		1	5		7	4	3	2	1		23	23%
4	1	1		2	1	2	1	1	1		10	10%
5	1	13	11	1	3	1	3		1		34	34%
TOTAL	2	16	21	3	20	9	13	7	8	1	100	100%

CUADRO No. 7

## RELACION ENTRE MULTIPARIDAD Y GRUPOS ETAREOS

No. HIJOS	GRUPOS ETAREOS						TOTAL	%
	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80		
2	14	17	2				33	33%
3	7	9	5	1	1		23	23%
4		6	4				10	10%
5		2	3	1	2		8	8%
6	1		5	1			7	7%
7		3	3	5	5	3	19	19%
TOTAL	22	37	22	8	8	3	100	100%



**CUADRO N.º 8**  
**RELACION SEGUN TIPO DE DERECHOHABIENTE Y MULTIPARIDAD**  
**DE LAS MUJERES ESTUDIADAS**

TIPO DE DERECHOHABIENTE	NUMERO DE HIJOS						
	2	3	4	5	6	TOTAL	%
ESPOSAS	18	10	8	3	14	53	53%
TRABAJADORAS	15	11	1	2	2	31	31%
MADRES DEL TRAB.		1	1	1	10	13	13%
PENSIONADAS V.		1		1		2	2%
JUBILADAS					1	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>23</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

CUADRO N.º 9

RELACION DE NUMERO DE HIJOS QUE SE TIENE Y NUMERO  
DE HIJOS DESEADOS

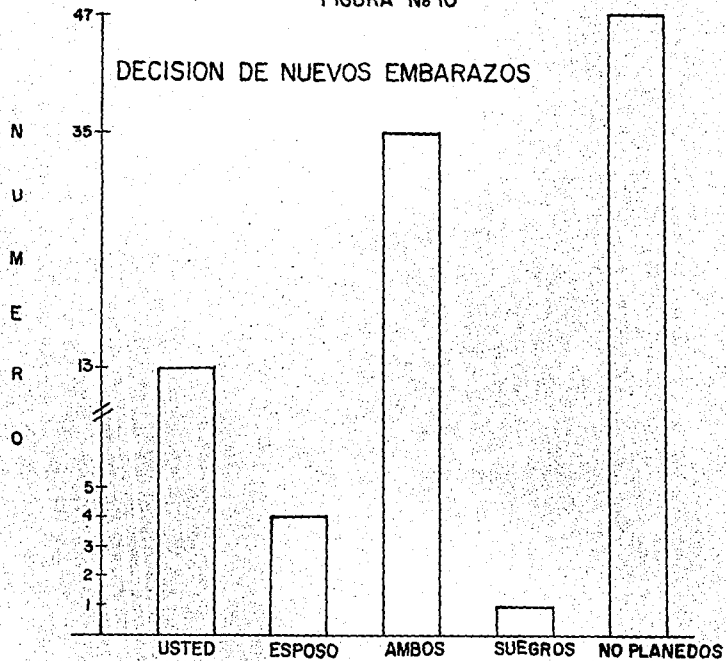
N.º DE HIJOS QUE SE TIENE	H I J O S D E S E A D O S											
	M U J E R E S						V A R O N E S					
	1	2	3	4	TOTAL	%	1	2	3	4	TOTAL	%
2	1	18	11	3	33	33%	2	20	7	4	33	33%
3	1	8	10	4	23	23%		5	9	9	23	23%
4			5	4	10	10%		1	3	6	10	10%
5			16	18	34	34%	1	2	6	24	34	34%
TOTAL	2	26	42	29	100	100%	3	28	25	43	100	100%

CUADRO N.º 10

DECISION DE NUEVOS EMBARAZOS

QUIEN DECIDE UN NUEVO EMBARAZO	NUMERO	%
USTED	13	13 %
SU PAREJA	4	4%
AMBOS	35	35%
SUEGROS	1	1%
NO PLANEADOS	47	47%
TOTAL	100	100%

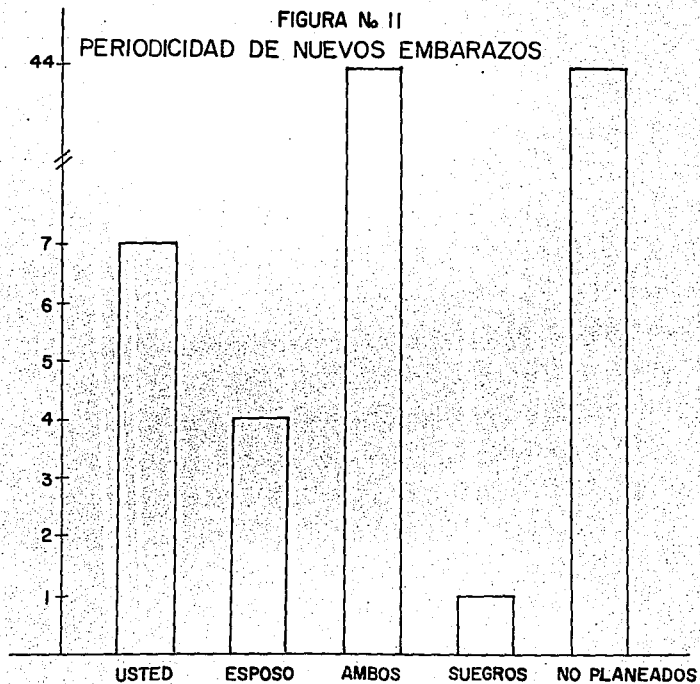
FIGURA No 10



CUADRO N.º II

PERIODICIDAD DE LOS EMBARAZOS

QUIEN DECIDE LA PERIODICIDAD ENTRE UN EMBARAZO Y OTRO.	NUMERO	PORCENTAJE
USTED	7	7%
SU PAREJA	4	4%
AMBOS	44	44%
SUEGROS	1	1%
NO PLANEADO	44	44%
TOTAL	100	100%



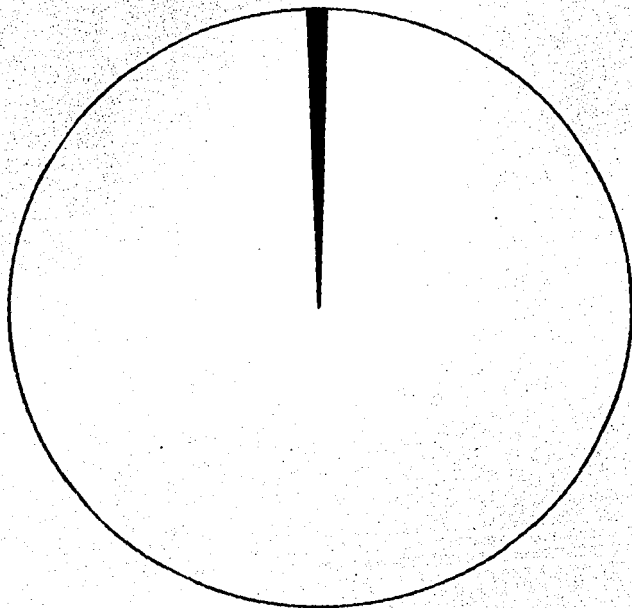
CUADRO No. 12

ACEPTACION DE LA MATERNIDAD DE LAS MUJERES ENCUESTADAS

SI	NO	TOTAL	%
99	1	100	100%

FIGURA No 12

ACEPTACION DE LA MATERNIDAD DE LAS MUJERES  
ENCUESTADAS



SI - 99

NO - 1



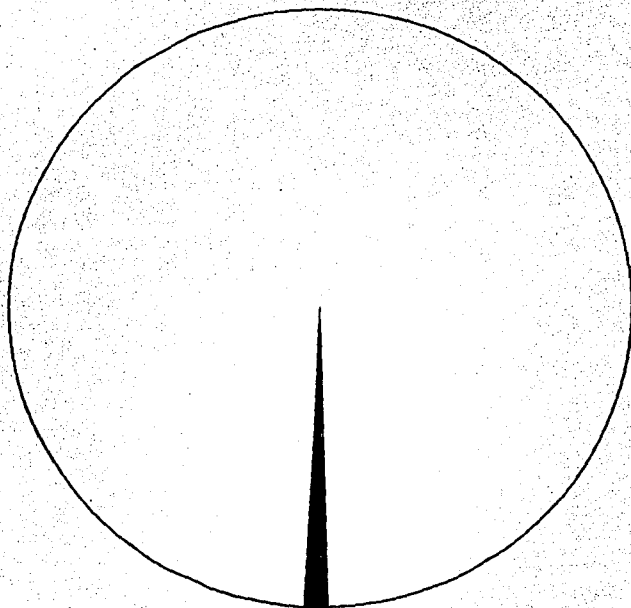
CUADRO N.º 13

MUJERES QUE SE EMBARAZAN PARA QUE SU ESPOSO NO LAS ABANDONE

SI	NO	TOTAL	%
1	99	100	100%

FIGURA N.º 13

MUJERES QUE SE EMBARAZAN PARA QUE SU ESPOSO  
NO LAS ABANDONE



SI - 1

NO - 99

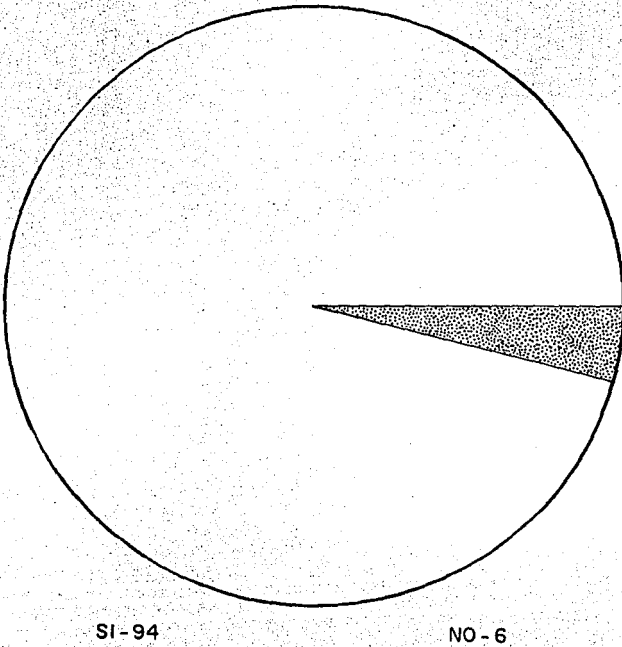
CUADRO N.º 14

EXPECTATIVAS DE LA MUJER EN SUS HIJOS

SI	NO	TOTAL	%
94	6	100	100%

FIGURA N.º14

EXPECTATIVAS DE LA MUJER EN SUS HIJOS



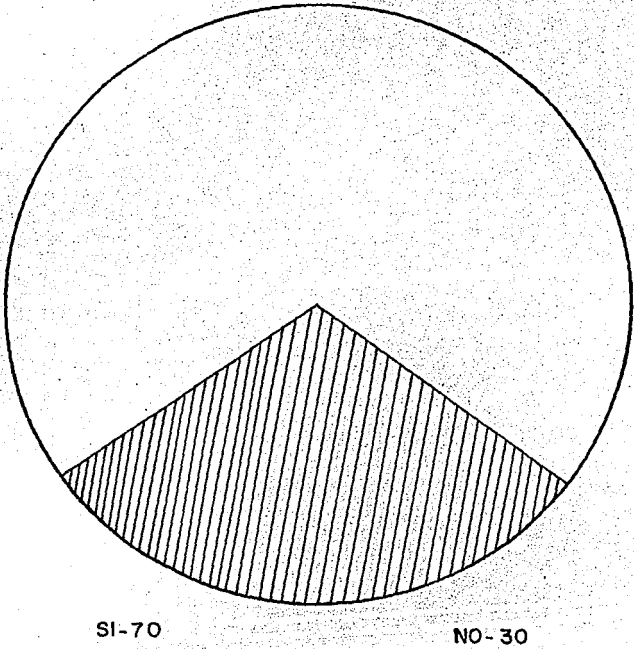
CUADRO No 15

EL EMBARAZO REFUERZA SU CONDICION DE MUJER

SI	NO	TOTAL	%
70	30	100	100%

FIGURA No 15

EL EMBARAZO REFUERZA SU CONDICION DE MUJER



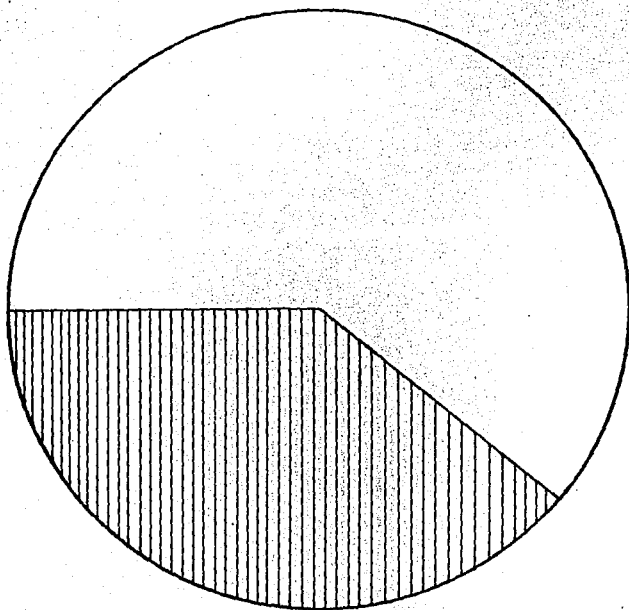
CUADRO N.º 16

EL TENER HIJOS REFUERZA LA MASCULINIDAD DE SU ESPOSO

SI	NO	TOTAL	%
61	39	100	100%

FIGURA N.º 16

EL TENER HIJOS REFUERZA LA MASCULINIDAD  
DE SU ESPOSO



SI-61

NO-39



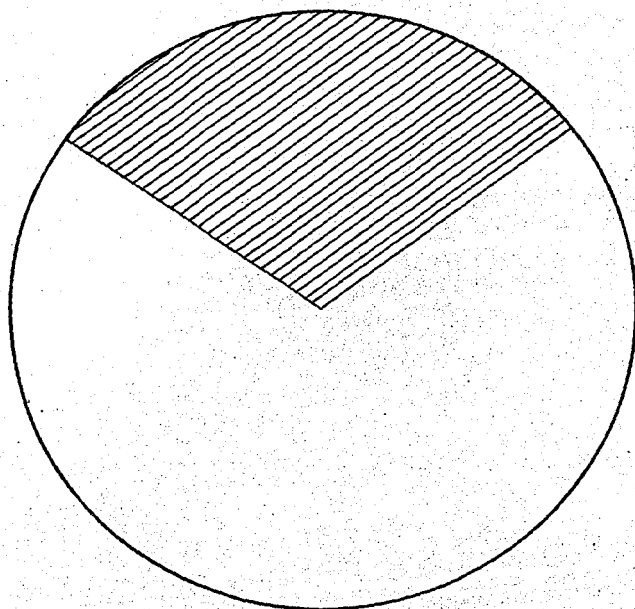
CUADRO N° 17

ES OBLIGACION DE LOS HIJOS AYUDAR A LOS PADRES ECONOMICAMENTE

SI	NO	TOTAL	%
30	70	100	100%

FIGURA N° 17

ES OBLIGACION DE LOS HIJOS AYUDAR A LOS PADRES  
ECONOMICAMENTE



SI-30

NO-70

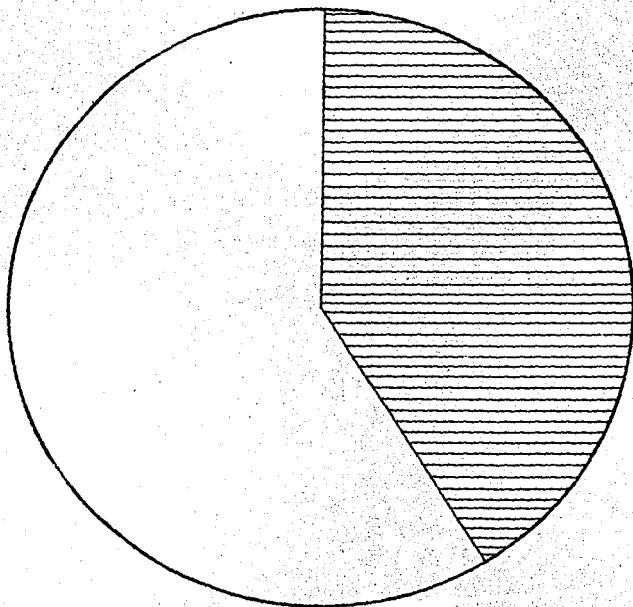
CUADRO N.º 18

EN LA VEJEZ LOS HIJOS DEBEN HACERSE CARGO DE LOS PADRES

SI	NO	TOTAL	%
41	59	100	100%

FIGURA N.º18

EN LA VEJEZ LOS HIJOS DEBEN HACERSE  
CARGO DE LOS PADRES



SI - 41

NO - 59

CUADRO N.º 19

RELACION ENTRE EL NUMERO DE HIJOS QUE SE TIENE Y  
EL NUMERO DE HERMANOS EN LA FAMILIA DE ORIGEN

N.º DE HIJOS QUE SE TIENE	NUMERO DE HERMANOS EN LA FAMILIA DE ORIGEN											
	M U J E R E S						V A R O N E S					
	1	2	3	4	TOTAL	%	1	2	3	4	TOTAL	%
2			1	32	33	33		2	4	27	33	33
3		1	2	20	23	23			4	19	23	23
4		1	1	8	10	10				10	10	10
5		2	1	31	34	34		4	2	28	34	34
TOTAL		4	5	91	100	100		6	10	84	100	100

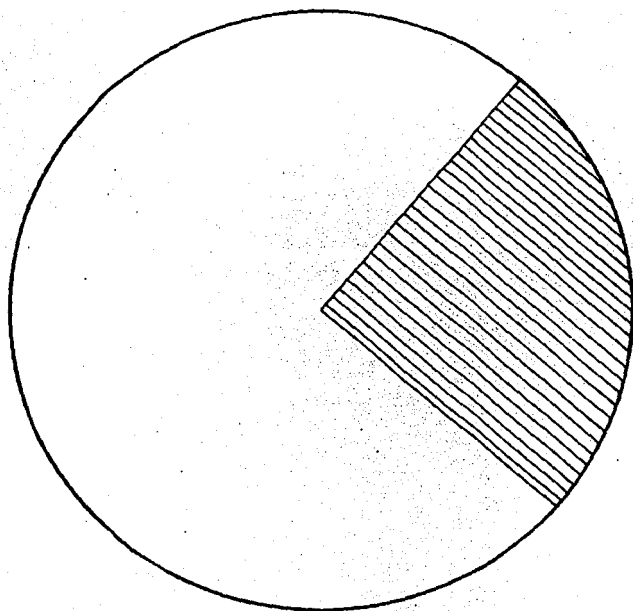
CUADRO N.º 20

ESTA DE ACUERDO CON LAS FAMILIAS NUMEROSAS

SI	NO	TOTAL	%
28	72	100	100%

FIGURA N.º 20

ESTA DE ACUERDO CON LAS FAMILIAS NUMEROSAS



SI- 28

NO- 72

CUADRO No. 21

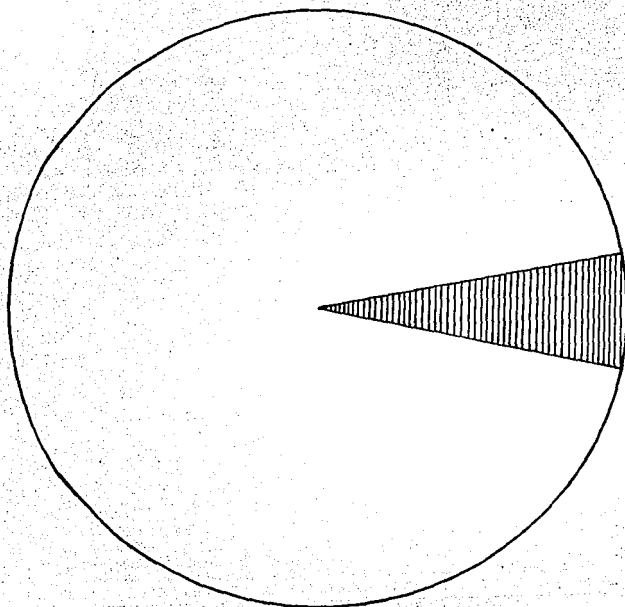
INFLUENCIA DE LA RELIGION EN LA UTILIZACION  
DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

SI LE PROHIBE	NO LE PROHIBE	TOTAL	%
6	94	100	100%



FIGURA No 21

INFLUENCIA DE LA RELIGION EN LA UTILIZACION  
DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



SI-6

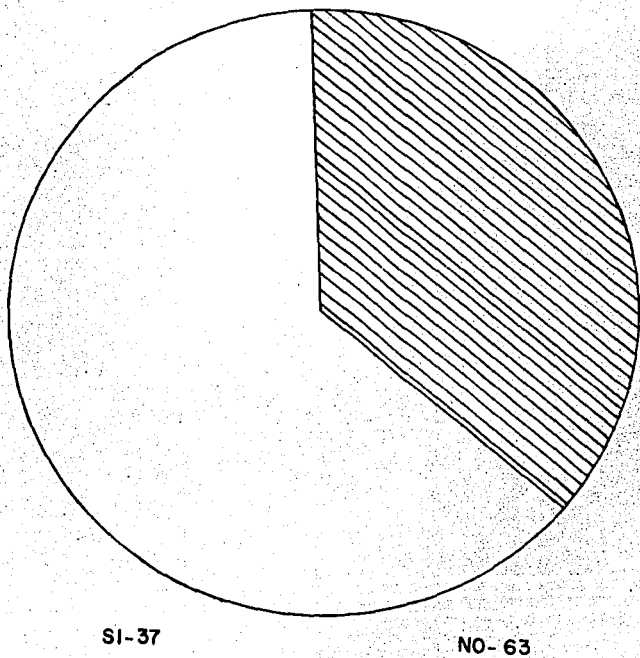
NO-94

CUADRO N.º 22

FRECUENCIA DE MUJERES ENCUESTADAS QUE TRABAJAN

MUJERES QUE:	TOTAL	%
SI TRABAJAN	37	37 %
NO TRABAJAN	60	60 %
NO TRABAJAN :		
PENSION POR VIUDEZ	2	2 %
JUBILADA	1	1 %
TOTAL	100	100 %

FIGURA N.º 22  
FRECUENCIA DE MUJERES ENCUESTADAS  
QUE TRABAJAN



CUADRO N.º23

RELACION ENTRE EL INGRESO FAMILIAR Y EL  
NUMERO DE HIJOS

TOTAL DEL INGRESO FAMILIAR	NUMERO DE HIJOS			
	2	3	4	5
MENOS DE 488				
488	4			
489 - 976	1	3	3	12
977 - 1465	8	2	2	4
1465 - 1952	6	6	2	4
1953 - 2440	2	2	1	2
2441 - 2928	2	2		
2929 - 3416	3			1
3417 - 3904				3
3905 - 4393	1	1		
4394 - 4881	2	1	1	
4882 - 5369	1	2		
5370 - 5856	2			
5857 - 6344				
6345 - 6832		1	1	3
VARIABLE		1		1
NO SABE	1	2		2

CUADRO No 24

ACTITUD ANTE LA PLANIFICACION FAMILIAR  
DE LAS FAMILIAS ESTUDIADAS

ACTITUD ANTE LA P. F.	TOTAL	%
ACEPTACION	255	63.75%
RECHAZO	46	11.5%
INDIFERENCIA	1	.25%
DESCONOCIMIENTO	12	3.0%
SIN OPINION	86	21.5%
TOTAL	400	100%

CUADRO N.º 25

RELACION ENTRE LA PARIDAD Y LA ACEPTACION DE LOS  
METODOS DE PLANEACION FAMILIAR DE LOS CONYUGES

N.º DE HIJOS	A C E P T A C I O N			
	ESPOSA	ESPOSO	TOTAL	%
2	30	31	61	15.25%
3	19	22	41	10.25%
4	7	11	18	4.50%
5	20	31	51	12.75%
TOTAL	76	95	171	42.75%

CUADRO N.º 26

RELACION ENTRE METODOS ANTICONCEPTIVOS  
UTILIZADOS Y GRUPOS ETAREOS DEL GRUPO ESTUDIADO

METODO DE P. F. UTILIZADO	EDAD DE LAS MUJERES ESTUDIADAS							TOTAL	%
	21 30	31 40	41 50	51 60	61 70	71 80			
NINGUNO	1	1	1	3	6	2	14	864	
COITO INTERRUPTO	1	1					2	123	
RITMO	2	3	2				7	432	
EMPIRICO						1	1	.62	
OVULOS		3	1		1		5	309	
PRESERVATIVOS	5	3	1				9	555	
D I U	14	24	7	3			48	2963	
HORMONALES ORALES	7	16	7	1			31	19.14	
HORMONALES PARENTERALES	1	3	3		1		8	494	
S O T B	5	18	11	3			37	22.84	
TOTAL	36	72	33	10	8	3	162	100	

## A N A L I S I S

La Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de 1987 (ENFES), - proporciona la siguiente información: que al rededor del 61% de - las mujeres en edad fértil se encuentra en unión, una tercera par - te de ellas nunca ha estado unida y el resto, 6.5%, tiene la últi - ma unión disuelta, ya sea por viudez, separación o divorcio. (En - cuanto al tipo de unión, algo más de la mitad corresponde a matri - monios). (16). En el presente estudio el 88% de las mujeres en - cuestadas está unida, correspondiendo el 74% a mujeres casadas - Fig. 2; esta diferencia podría deberse a que estas mujeres pertene - cían a una población cerrada.

La ENFRES al seguir los grupos generacionales por quinque - nios, observó que las tasas de fecundidad correspondientes a los - grupos de 20-29 años son las más altas, aun cuando existe declina - ción progresiva de las mismas. (16). Algo diferente se encontró - en las pacientes encuestadas ya que la multiparidad más alta se - encontró en el grupo etáreo de 31 a 40 años con un porcentaje del - 37%, Cuadro 7. La explicación de esta diferencia es que es la -- primer muestra, a diferencia de la ENFES que ha tenido un segui - miento de los grupos generacionales. (En relación con las tasas - globales de fecundidad por entidades corresponde la más baja, de - 2.14 para el Edo. de México y el D.F.)

En lo relativo a la composición de la población escolar por - sexo en los niveles elementales, preprimaria y primaria, está - - constituida en partes iguales por hombres y mujeres, no así en los - restantes donde se observan diferencias para cada uno de los nive



les escolares. A nivel nacional en el ciclo 1982-1983; uno de cada tres estudiantes de licenciatura es mujer. Un fenómeno similar se encontró en el grupo estudiado con algunas variaciones como se puede observar en los cuadros No. 5 y 6. Este comportamiento puede estar determinado por el temprano ingreso de la mujer a las actividades domésticas familiares o bien al mercado de trabajo. (16). Aunque el mito de la inferioridad intelectual es destruido de manera notable por la creciente incorporación de las mujeres a la educación superior y sus logros en diversos ámbitos públicos. (8).

Caldwell (1976) sugiere que la educación es la variable más importante dentro del grupo de variables relacionadas con la modernización con respecto a una disminución de la fertilidad. (2). Y que se pudo confirmar en el grupo estudiado ya que a mayor escolaridad de los padres menor paridad, como puede verse en los cuadros No. 5 y 6.

En relación con la maternidad todas las instituciones culturales, desde antes de la conquista, aplauden y premian los aspectos maternos de la mujer. Se puede inclusive afirmar que durante la Revolución y los años posteriores se reforzó el vínculo entre la identidad de la mujer y la maternidad (8). Esto se ve reflejado en el considerable 99% de aceptación de la maternidad de las mujeres encuestadas, como puede verse en la Figura No. 12 y 15 ya que el embarazo refuerza su condición de mujer en 70%. - Raunwater (1965), Hoffman (1974) y Rabin (1965) encontraron que la imagen de la mujer que deliberadamente no tiene hijos es negativa. (2).

Dice Susan Pick de Weiss en su libro que la madre se siente sola y con gran responsabilidad sobre sus espaldas, y centra todas sus aspiraciones en conseguir el amor y la comprensión de -- sus hijos. (2). Y lo que se encontró en el grupo de mujeres encuestadas es que el 94% de ellas tiene expectativas en los hijos Figura 14.

Existe un grupo intrínseco de razones para tener hijos, es decir, tanto en su origen como en sus consecuencias son internos en forma de sentimientos, de emociones que implican el deseo de dar o recibir, sentimiento que podría considerarse altruista en el sentido de que es puro, sin esperar recibir nada material o físico a cambio. Otro grupo de motivos para tener un hijo es el extrínseco, e implica el deseo de dar esperando recibir, atribuyéndose al mismo tiempo un valor palpable y concreto a lo que se recibe, ya sea un sentimiento, un objeto material o una idea. Las razones agrupadas en esta categoría son el contar con ayuda económica, apoyo financiero, prestigio, seguridad económica en la edad madura (Fawcett, 1970, Rabin, 1965; Rabin y Greene, 1968; Pohlman, 1969; Ohlin, 1970). (2). En el presente estudio las razones intrínsecas no fueron investigadas y en relación al grupo extrínseco se encontró que el 30% de las mujeres cree que es obligación de los hijos ayudar a los padres económicamente, figura No. 17. Y que en la vejez de los padres, los hijos deben hacerse cargo, opinaron a favor el 41% de las mujeres encuestadas, figura No. 18.

El tercer grupo para tener hijos se refiere a las razones sistémicas las cuales implican pensamientos y se definen en --

términos de ideas mentales concretas por ejemplo: el considerar tener hijos como un deber que hay que cumplir (Hoffman, 1973; Pohlman, 1969) o como un signo de virilidad, una prueba de machismo (2). La respuesta de las mujeres encuestadas informó que el 61% de los varones reforzaban su masculinidad al tener hijos como se ve en la figura No. 16.

La instrucción es un factor importante que contribuye al cambio del papel tradicional de la mujer y a su vez está relacionado con la participación de la mujer en empleos remunerados, hecho -- que ofrece a las mujeres una posibilidad distinta de tener hijos. (2). Respecto a la situación ocupacional de la mujer, sólo una -- tercera parte de la población femenina de 12 y más años de edad -- correspondía a la población económicamente activa. Los mayores -- niveles de participación corresponden a los principales centros -- urbanos, donde igualmente se concentran las cantidades más elevadas. El indicador mencionado fue en la ciudad de México de 36.2% (16). En la población femenina encuestada el 31% de las mujeres pertenece al grupo de burócratas y 6% más trabajan en forma irregular sin salario fijo, como se puede ver en el cuadro No. 8 y la figura No. 22.

Muchos estudios han indicado una relación inversa entre el -- tamaño de la familia y la medida en la cual la mujer participa en la fuerza de trabajo y esta relación es más marcada en países industrializados y en zonas urbanas. Hoffman (1974) cita los estudios de Whelpton, Campbell, Patterson (1966), y los de Ryder y -- Westoff, en donde se encontró que la mujer que trabaja por gusto desea menos hijos que las que tienen que hacerlo por necesidad. --

Fenómeno similar se encontró en esta investigación en la que se observó que a mayor ingreso familiar total menor número de hijos, cuadro No. 23.

Pohlman (1969) sostiene que los pobres tienen más hijos no porque así lo deseen, sino porque hacen uso tardío de las prácticas anticonceptivas si es que alguna vez las emplean. Y que podría ser la explicación de lo que se observa en el cuadro No. 23, ya que las mujeres encuestadas de mayor edad y con mayor pariedad refirieron que la planificación familiar aun no existía y otras que iniciaba y que no tenía mucha difusión.

El investigador Loyo (1974) encontró que en México, tanto en las áreas rurales como en las urbanas, los factores religiosos -- desempeñan un papel menos importante "del que generalmente se les atribuye" (2), y que probablemente existe una relación con lo que se encontró con las mujeres encuestadas ya que el 94% de ellas -- respondió que su religión no les impedía utilizar métodos anticonceptivos, como se ve en la figura No. 21.

En lo que concierne a la planificación familiar, Dickhoff y colaboradores (1976) encontraron que la mujer que trabaja fuera del hogar, o que participa en las actividades económicas familiares desean tener menos hijos en comparación con las mujeres que no desempeñan este tipo de actividades. (2). Las mujeres de casi todas las categorías de escolaridad, excepto (la más lata, las de zonas rurales y las de la región norte) presentan una alta preferencia por los métodos quirúrgicos (cerca del 50% recurren a ellos), además de ser la opción de más de 50% de las usuarias de 30 años o más. (4,9). Back y Hass, 1973 dicen que las - - -

actitudes negativas ante las técnicas de contracepción masculina dentro de la relación marital son una expresión de machismo (2). En el grupo estudiado los métodos más utilizados fueron el DIU - con un 29.629%, SOTB con un 22.839%, Hormonales orales con un -- 19.135% contra el .613% para la vasectomía. El grupo etáreo que más usuarias tiene es el comprendido de 31-40 años como puede observars en el cuadro No. 26. Es importante señalar nuevamente - que este estudio se realizó en una población cerrada y que sin - embargo coinciden en algunos aspectos.

## CONCLUSIONES

Con los resultados observados se concluye que los principales motivos por los cuales la mujer multipara se sigue embarazando son:

- Que la maternidad es importante para la mujer teniendo influencia psicológica, social y culturalmente aprendida.
- Que en el varón la influencia para la paternidad es diferente y que esta íntimamente relacionado con el valor positivo que se le atribuye a "su capacidad" para procrear hijos, o, como indica Leñero Otero (1971) (2) a su habilidad de ser un "padre prolífico", y con las actitudes negativas hacia la contracepción negativa. Observándose esto en el grupo de varones de mayor edad del grupo encuestado.
- El grado de escolaridad es un factor importante ya que -- existe una relación inversamente proporcional en la que a mayor escolaridad, menor número de hijos. Leñero Otero -- (1971). (2), sugiere que, en México, una persona con mayor grado de escolaridad está capacitada para percibir el mundo que la rodea más objetivamente que un individuo con menor educación.
- Que el tener antecedentes de pertenecer a familias numerosas tiene también influencia para reproducir o desear tener más hijos.

- Que la edad ha influido en la multiparidad en una forma directamente proporcional ya que menor edad menor número de hijos y a la inversa.
- Finalmente que la planificación familiar ha tenido también una participación no del todo satisfactoria para el grupo estudiado ya que por un lado no hay aceptación al 100% en la pareja, observándose que el mayor número de usuarias esta dado por mujeres y que el porcentaje de varones es bajo. Mateos Cádano y Colaboradores (1968) observaron que los hombres, en efecto, desean tener más hijos que sus esposas.

La investigadora de este trabajo, considera que este trabajo no logro identificar más motivos por los cuales la mujer se continúa embarazando ya que hubiera sido conveniente la introducción de preguntas que permitieran valorar los motivos psicológicos, sociales y culturalmente aprendidos que la llevan a embarazarse. También con relación a los métodos anticonceptivos hubiera sido importante identificar el método que en el momento de la encuesta estaba utilizando o cual fue la causa del abandono; investigar que opinaban el grupo encuestado de la información que le llega a través de los medios de comunicación respecto de la P.F. si es suficiente o no. Sera conveniente que quién se interese por la continuidad y mejoramiento de este trabajo reevalúe la cédula de recolección de datos para eliminar, dejar y aumentar preguntas y que la aplicación de la encuesta no sea en una sola entrevista ya que relación médico-paciente se establece con algunas mujeres por primera vez y esto impide que se intimide en algunas preguntas que requerirán de más

confianza para poder investigar en el área psicológica, social y cultural que permitirá tener respuestas para esos motivos que llevan a seguirse embarazando a la mujer e iniciar con acciones específicas, y con mejores resultados.

Ya que el médico familiar es el médico de primer contacto que enfrenta en su consulta diaria la problemática de la paciente embarazada de bajo y alto riesgo y sabiendo que es una población con una alta morbimortalidad, sería conveniente que se implementen medidas específicas como una mayor difusión de los métodos anticonceptivos así como una explicación más profunda y detallada de la Planificación Familiar.

Otras acciones específicas podrían ser identificación del grupo de mayor frecuencia de la población femenina en edad reproductiva, identificando los factores de riesgo y realizando las medidas que están al alcance para llegar a un parto feliz en la cual no se vean afectados al binomio madre-hijo. Hacer una labor de concientización de la importancia del espaciamiento de los hijos y de un control prenatal temprano, oportuno y en equipo, ya que no es únicamente responsabilidad del médico sino de la pareja y en ocasiones de la familia.

La paternidad y la maternidad son actos eminentemente culturales y que tener hijos debe ser fruto de una profunda meditación, de un conocimiento real y una absoluta responsabilidad. Es necesario que los hijos sean amados, que vengan a un hogar en donde el papel que van a desempeñar haya sido valorado con objetividad, pero que no venga a un hogar como fruto de prejuicios y convencionalismos sociales.



En el presente estudio los objetivos no se lograron en su totalidad sino parcialmente debido a que la cédula de recolección -- de datos estuvo incompleta en la formulación de preguntas para lograr identificar los motivos de causa psicológica (de los tres -- grupos que son: motivos intrínsecos, extrínsecos y sistémicos) -- que llevan a las parejas a tener hijos, además de que es una área difícil de acceder en una sola entrevista ya que la relación médico-paciente en ocasiones apenas se iniciaba. Otro objetivo que no se pudo lograr completamente fue el relacionado al ingreso familiar y el número de miembros económicamente activos ya que se decidió manejar el ingreso total familiar y no en forma individualmente como se había planteado.

ANEXO 1

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

- 1.- Edad: \_\_\_\_\_ No. de expediente: \_\_\_\_\_
- 2.- Sexo: \_\_\_\_\_ Embarazada: SI NO
- 3.- Estado Civil actual: \_\_\_\_\_ Casa propia: SI NO
- 4.- De ¿dónde es originaria usted? \_\_\_\_\_ y su esposo \_\_\_\_\_
- 5.- Hasta que año estudio usted: \_\_\_\_\_
- 6.- Hasta que año estudio su esposo: \_\_\_\_\_
- 7.- Quiénes viven en el hogar? \_\_\_\_\_
- 8.- ¿Cuántos hijos tiene usted? a)2 b)3 c)4 d)5 e)+de 5
- 9.- ¿Qué número de hijos desea o le hubiera gustado tener a usted?  
a)2 b)3 c)4 d)5 e) +de 5
- 10.- ¿Qué número de hijos desea o le hubiera gustado tener a su es  
eso? a)2 b)3 c)4 d)5 e)+ de 5
- 11.- ¿Quién decide la periodicidad entre un embarazo y otro?  
a) Usted b) Su esposo c) sus padres d) Suegros  
e) Otros \_\_\_\_\_
- 12.- ¿Quién decide un nuevo embarazo?: \_\_\_\_\_
- 13.- Le gustaría no haber tenido hijos a usted SI NO
- 14.- Alguna vez se embarazo para que su esposo no la abandone SI NO
- 15.- Espera usted que sus hijos logren lo que usted no pudo lograr SI NO
- 16.- Cree que al embarazarse se refuerza su condición de mujer SI NO
- 17.- Su esposo ha considerado en algún momento que el tener hijo reforzaba o refuerza su masculinidad: SI NO
- 18.- Cree usted que es obligación de los hijos ayudar a los padres económicamente SI NO
- 19.- Cree usted que en la vejez los hijos deben hacerse cargo económicamente de los padres SI NO

- 20.- Número de miembros de su familia de origen de usted: \_\_\_\_\_
- 21.- Número de miembros de la familia de origen de su esposo: \_\_\_\_\_
- 22.- Esta usted de acuerdo en tener una familia numerosa: SI NO
- 23.- A ¿Qué religión pertenece usted?: \_\_\_\_\_
- 24.- A ¿Qué religión pertenece su esposo?: \_\_\_\_\_
- 25.- Su religión le impide utilizar los métodos anticonceptivos. SI NO
- 26.- Trabaja usted fuera de su casa con remuneración económica. SI NO
- 27.- ¿Cuál es su sueldo mensual?: \_\_\_\_\_
- 28.- Trabaja su esposo SI NO
- 29.- ¿Cuál es el sueldo mensual de su esposo? \_\_\_\_\_
- 30.- ¿Quién más de los miembros de la familia trabaja y coopera al gasto familiar? \_\_\_\_\_
- 31.- Y ¿Cuál es la aportación de este miembro al gasto familiar?  
\_\_\_\_\_
- 32.- ¿Qué opinan sus padres de la planificación familiar?  
 A) Aceptación                      b) Rechazo                      c) Indiferencia  
 d) Desconocimiento                e) No sabe.
- 33.- ¿Qué opinan sus suegros de la planificación familiar?  
 a) Aceptación                      b) Rechazo                      c) Indiferencia  
 d) Desconocimiento                e) No sabe.
- 34.- ¿Qué opina su esposo de los métodos de planificación familiar?  
 a) Aceptación                      b) Rechazo                      c) Indiferencia  
 d) Desconocimiento                e) Sin opinión.
- 35.- ¿Qué opina usted de los métodos de planificación familiar?  
 a) Aceptación                      b) Rechazo                      c) Indiferencia  
 d) Desconocimiento                e) Sin opinión.
- 36.- Ha utilizado algún método anticonceptivo desde que inicia vida sexual activa SI NO
- 37.- Si la respuesta fue afirmativa ¿Qué método o métodos ha utilizado? \_\_\_\_\_

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Shires, David B., Hennen, Brian K., "Medicina Familiar. Guía Práctica". Ed. Mc Graw Hill, México S.A. de C.V. 1980
- 2.- Pick de Weiss, Susan. "Un estudio Social Psicológico de la - Planificación Familiar". Ed. Siglo Veintiuno Editores, S.A. México. 1979.
- 3.- Alarid, Jaime., H., Irigoyen., Coria, A. "Fundamentos de Medicina Familiar" Ediciones Medicina Familiar Mexicana, 1982.
- 4.- Martínez M., Jorge, Giner V., Juan. "Planificación Familiar y Demografía Médica: Un Enfoque Multidisciplinario". IMSS/Dirección Gral./ Subdirección Médica/Jefatura de Servicios de Medicina Familiar/Secretaría Gral./jefatura de Publicaciones.
- 5.- Niswander, K.R., "Manual de Obstetricia. Diagnóstico y Tratamiento". Ed. Salvat, México. 1990.
- 6.- Pritchard, J.A., Macdonald, P.C., Gant, N.F. "Williams. Obstetricia" Ed. Salvat, México, 1990.
- 7.- Alarcón N., F. "Salud Reproductiva". Revista Médica, IMSS, México. Vol. 31, No. 1, Pags. 47-62. 1993.
- 8.- Elu, Ma. del C., Leñero O., L. "De Carne y Hueso. Estudios Sociales Sobre Género y Reproducción". Ed. Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A.C. 1990.

- 9.- López, E. "Las mujeres de Alta Fecundidad en México: Orientaciones para una Política de Población". Estudios Demográficos y Urbanos. Vol. 4 No. 1 Pags; 75-115. Colegio México.
- 10.- Sauceda, J., M.; Foncerrada, M., M. III. La Exploración de la Familia. Aspectos Médicos, Psicológicos y Sociales. Rev. Méd. del IMSS, vol. 19, No. 2 1981.
- 11.- Leñero, O.L. "La Familia. Programa Nacional de Formación de Profesores" ANUES. Ed. Edicol. México. 1ra. Eda. 1976.
- 12.- Datz, L. "Categorías para un Diagnóstico Integral. Centro Universitario de Tecnología Educativa para la Salud" UNAM. Julio, 1981.
- 13.- Sotelo F., J.M. "El Enfoque de Riesgo y la Mortalidad Materna: Una Perspectiva Latinoamericana". Boletín de Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 114, No. 4. Abril, 1993.
- 14.- Maternidad Sin Riesgos. Ideas para la Acción. Safe Motherhood Action Kit.
- 15.- Benson, R.C., "Diagnóstico y Tratamientos Ginecoobstétricos". Ed. El Manual Moderno, México. 1979.
- 16.- Secretarías de Salud. "La Salud de la Mujer en México. Cifras Comentadas". Dirección General de Salud Materno Infantil. Programa Nacional "Mujer, Salud y Desarrollo". México, 1990.