

R. GARCIA

R. ITA

I. PINALES

ESTUDIOS PSICOSOCIALES EN LA REPRODUCCION HUMANA



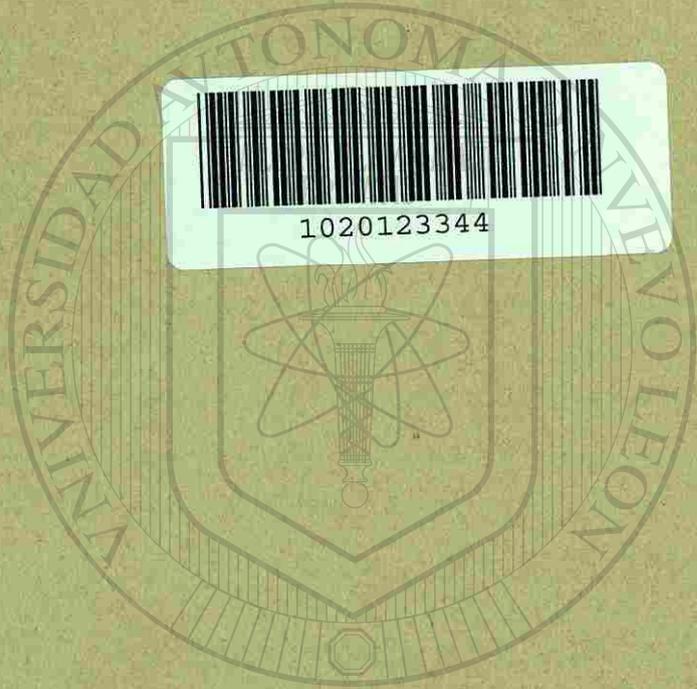
3

CC

HQ76  
.6  
.M6  
G37  
v.1



1020123344



**E**studios **P**sico - sociales

en la

**R**eproduccion **H**umana

**V**ol. **1**

Editado por

**DR. ROGELIO GARCIA-FLORES**  
Profesor y Jefe. Unidad de  
Biología de la Reproducción.  
Universidad Autónoma de  
Nuevo León. Monterrey, N.L.

**LIC. ROSA A. ITA-CRUZ**  
Directora. Sección de Psicología  
Biología de la Reproducción .  
Universidad Autónoma de Nuevo León.  
Monterrey, N.L.

**IRMA LETICIA PINALES**  
Sección de Psicología.  
Unidad de Biología de  
la Reproducción .

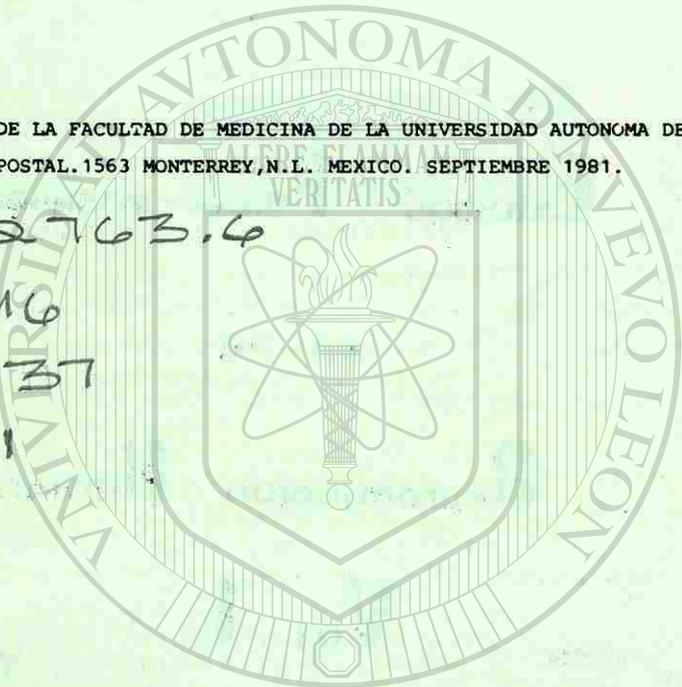


*m*

103998

IMPRESA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
APARTADO POSTAL. 1563 MONTERREY, N.L. MEXICO. SEPTIEMBRE 1981.

HQ763.6  
.M6  
G37  
v.1



FONDO  
UNIVERSITARIO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

IMPRESION SUBSIDIADA POR LA DIRECCION GENERAL DE LA INVESTIGACION CIENTIFICA DE LA  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON .

6-4-84  
M210

## P R E F A C I O

Cuando iniciamos nuestras actividades clínicas en Planificación Familiar en nuestro Hospital Universitario, solo contemplábamos el poder dotar con métodos anticonceptivos eficaces a nuestras pacientes. A medida que profundizábamos en los problemas individuales, nos fuimos percatando de que el problema no era sencillo, de que había ángulos importantes que deberían de analizarse para plantear soluciones adecuadas. Las situaciones sociales, culturales, educacionales y de comunicación, hacen que el problema de la explosión demográfica tenga múltiples facetas en cada país, en cada nivel social y en cada individuo .

Al ritmo de que nuestro campo de visión se ampliaba, nos fuimos encontrando con gente de nuestra misma disciplina médica y de otras ciencias afines, que tenían la misma inquietud por conocer, analizar y resolver estos problemas.

El volumen 1 de Estudios Psicosociales en la Reproducción Humana, representa la colección de los primeros estudios surgidos en la Unidad de Biología de la Reproducción de nuestra Facultad de Medicina. Esperamos continuar la misma línea de investigación, mientras encontremos situaciones por analizar ó problemas por resolver.

Dr. Rogelio F. García-Flores

INDICE GENERAL

1- PREFACIO	III
2- INDICE GENERAL	IV
3- INDICE DE CUADROS, GRAFICAS E ILUSTRACIONES	V
4- COLABORADORES	IX
5- RECONOCIMIENTOS	XI
6- PROLOGO Dr. Corando Saenz	1
7- INTRODUCCION Dr. Rogelio García-Flores	3
8- ENCUESTA SOBRE ACTITUD, CONOCIMIENTO Y PRACTICA DE LA ANTICONCEPCION EN LA CIUDAD DE MONTERREY. Lic. Rosa A. Ita-Cruz; Dr. Rogelio García-Flores	11
9- EVALUACION PSICOLOGICA EN MUJERES CON ESTERILIDAD VOLUNTARIA. Lic. Rosa A. Ita-Cruz ; Lic. Silvia I. Garza y Dr. Rogelio García-Flores	109
10- ASPECTOS EDUCATIVOS DEL SISTEMA UNIVERSITARIO DE PLANEACION FAMILIAR. Dr. Rogelio García-Flores y Lic. Rosa A. Ita-Cruz	133

INDICE DE CUADROS, GRAFICAS E ILUSTRACIONES

Cuadros

Encuesta Sobre Actitud, Conocimiento y Práctica de la Anticoncepción .

I-	Mujeres por el lugar de entrevista según el ingreso mensual familiar.	19
II-	Número de entrevistas por el número de cuartos de su vivienda según la disponibilidad de servicio.	20
III-	Número de parejas entrevistadas según la escolaridad de ambos cónyuges.	23
IV-	Número de parejas según la práctica religiosa de ambos cónyuges.	24
V-	Mujeres por el lugar de entrevista según su práctica religiosa.	26
VI-	Número de mujeres por grupos de edad según la edad de sus cónyuges.	33
VII-	Parejas por el lugar de procedencia del cónyuge según el lugar de procedencia de la mujer.	35
VIII-	Mujeres por nivel de escolaridad según la edad al primer matrimonio.	40
IX-	Promedio de hijos por la ocupación de la mujer según la ocupación del cónyuge.	42
X-	Promedio de hijos nacidos vivos por el lugar de procedencia de la mujer según el lugar de procedencia del cónyuge.	43
XI-	Promedio de hijos de las parejas según la escolaridad de los cónyuges y sus mujeres.	45
XII-	Promedio de hijos de las parejas según la religiosidad de las mujeres y sus cónyuges.	46
XIII-	Mujeres por el lugar de entrevista según su conocimiento sobre fisiología del embarazo y menstruación.	51

XIV-	Mujeres por grado de escolaridad según la fuente de información sobre fisiología elemental del embarazo.	53
XV-	Mujeres por grado de escolaridad según la fuente de información sobre fisiología elemental de la menstruación.	54
XVI-	Mujeres por el lugar de entrevista y la escolaridad según su opinión del problema de sobre-población en el mundo.	56
XVII-	Número de mujeres por el lugar de entrevista y el nivel de escolaridad según su opinión sobre la existencia del problema de sobre población en México.	57
XVIII-	Mujeres por lugar de entrevista, edad y escolaridad según su conocimiento de métodos abortivos.	58
XIX-	Mujeres por nivel de instrucción según el método usado.	60
XX-	Mujeres por escolaridad del cónyuge según el anticonceptivo usado.	62
XXI-	Mujeres por su práctica religiosa según el método anticonceptivo usado.	63
XXII-	Mujeres por la opinión ante su fecundidad según el anticonceptivo usado.	65
XXIII-	Mujeres por el deseo del cónyuge de tener más hijos según el anticonceptivo usado.	66
XXIV-	Mujeres por hijos nacidos vivos según el método anticonceptivo usado.	68
XXV-	Mujeres por el lugar de entrevista y el nivel de escolaridad según los motivos para no usar anticonceptivos.	70
XXVI-	Número de mujeres por el nivel educativo según el número ideal de hijos.	72
XXVII-	Mujeres por el lugar de entrevista según el número ideal de hijos.	74
XXVIII-	Mujeres por la edad al primer matrimonio según su opinión sobre el número ideal de hijos.	75
XXIX-	Número de mujeres por el lugar de entrevista según los motivos para espaciar el nacimiento de los hijos.	77

XXX-	Número de mujeres por el lugar de entrevista según las desventajas de una familia de 3 hijos.	79
XXXI-	Relación entre el tamaño de la familia paterna de la entrevistada y el tamaño deseado para la propia familia.	81
XXXII-	Esposos, según el tamaño de su familia paterna por el tamaño deseado para su propia familia.	82
XXXIII-	Mujeres por hijos nacidos vivos, según su opinión sobre el tiempo que debe transcurrir entre cada embarazo.	84
XXXIV-	Mujeres por el número de hijos vivos según la opinión ante su propia fecundidad.	85
XXXV-	Mujeres por el número de hijos nacidos vivos según su deseo de tener más hijos.	87
XXXVI-	Número de cónyuges por el número de hijos nacidos vivos según su deseo de tener más hijos.	88
XXXVII-	Mujeres por el nivel de escolaridad según su opinión sobre la búsqueda del hijo con el sexo deseado después de tener 3 descendientes.	90
XXXVIII-	Mujeres por el número de hijos nacidos vivos y escolaridad según los factores que han determinado la satisfacción en su vida marital.	92

Evaluación Psicológica en Mujeres con Esterilidad Voluntaria .

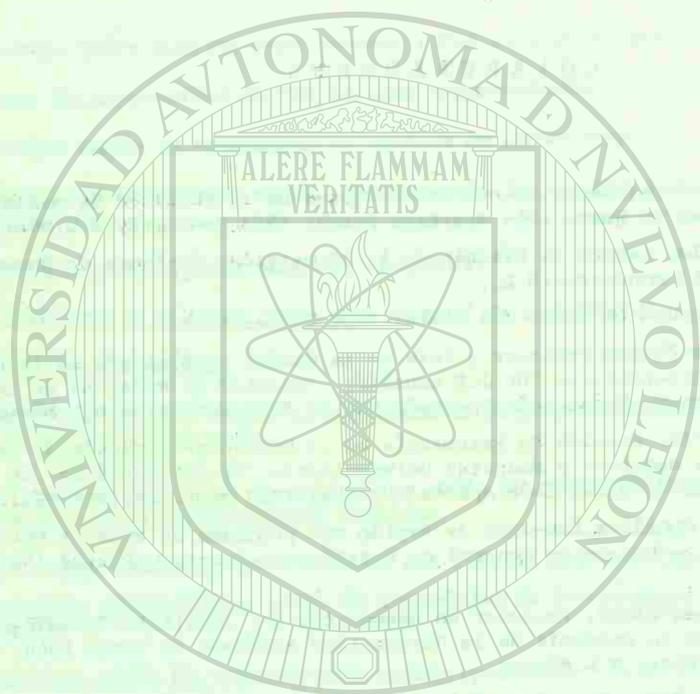
I-	Promedio de hijos de las parejas, por edad de los esposos, según edad de la mujer, por número de esposos y duración del matrimonio.	114
II-	Promedio de hijos por la escolaridad de los cónyuges .	115
III-	Mujeres por el grupo de edad según su práctica anticonceptiva previa a la esterilización.	117

## Gráficas

Encuesta Sobre Actitud, Conocimiento y Práctica de la Anticoncepción .	
I- Nivel de escolaridad de las parejas entrevistadas.	22
II- Parejas según la frecuencia de lectura de periódicos.	28
III- Porcentaje de mujeres según la frecuencia de uso del radio y televisión.	29
IV- Porcentaje de esposos según su ocupación.	31
V- Porcentaje de parejas según sus motivos de inmigración.	37
VI- Nivel de fecundidad.	38
VII- Número de mujeres según su conocimiento de planificación familiar y paternidad responsable.	48
VIII- Mujeres por el lugar de entrevista según su conocimiento de paternidad responsable y planificación familiar.	49
Evaluación Psicológica en Mujeres con Esterilidad Voluntaria.	
I- Aspectos demográficos, nivel de fecundidad de las mujeres por grupos de edad.	112
2- Mujeres, según los motivos para esterilizarse.	118
3- Esposos, según su actitud hacia la esposa y la familia después de la esterilización por grupos de edad.	122
4- Mujeres, por la satisfacción sexual posterior a la esterilización por grupos de edad.	123
5- Parejas, según el cambio en la frecuencia de las relaciones sexuales, posterior a la esterilización.	125
6- Mujeres según la presencia de síntomas depresivos posteriores a la esterilización por grupos de edad.	126
<u>Ilustraciones</u>	
Aspectos Educativos del Sistema Universitario de Planificación Familiar.	
Ejemplos de la Proyección " Planificación Familiar."	137a 145
Ejemplos de la Proyección " Post-Parto ".	146a 153
Ejemplos de la Proyección " Vasectomía ".	154a 162

## COLABORADORES

- Eliezer Alanís, Jefe del Departamento Audio-Visual de la Facultad de Medicina - Universidad Autónoma de Nuevo León. Apartado Postal 1563 Monterrey, N.L. México.
- Ing. Héctor Chavarría, Centro de Cálculo de la Universidad Autónoma de Nuevo León - Apartado Postal 1563 Monterrey, N.L.
- Arnaldo de León, Dibujante. Apartado Postal 1834 Monterrey, N.L.
- Dr. Rogelio F. García-Flores - Profesor y Jefe de la Unidad de Biología de la Reproducción. Hospital Universitario "Dr. J. E. González" Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Apartado Postal 4439 Monterrey, N.L. México.
- Lic. Silvia Irma Garza, Sección de Psicología de la Unidad de Biología de la Reproducción. Facultad de Medicina y Hospital Universitario "Dr. J. E. González" de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Apartado Postal 4439 Monterrey, N.L. México.
- Lic. Rosa Moreno de González, Sub-Jefe de Región del Programa de Eventos Continuos - Sobre Ocupación de la Dirección General de Estadística. Apartado Postal 1563 - Monterrey, N.L.
- Lic. Fernando González-Cantú, Profesor en Demografía del Instituto Tecnológico de Monterrey y Facultad de Economía de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Apartado Postal 1563 Monterrey, N.L. México.
- Lic. Psic. Rosa A. Ita-Cruz, Directora de la Sección de Psicología de la Unidad de Biología de la Reproducción, Facultad de Medicina y Hospital Universitario "Dr. J. E. González" de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Apartado Postal 4439 Monterrey, N.L. México.
- Lic. Mario Leal-Flores, Investigador de Tiempo Completo, Centro de Investigaciones Económicas de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Apartado Postal 4439 Monterrey, N.L.
- Irma Leticia Pinales V, Sección de Psicología de la Unidad de Biología de la Reproducción. Facultad de Medicina y Hospital Universitario "Dr. J. E. González" de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Apartado Postal 4439 Monterrey, N.L. México.
- Dr. Corando Saenz-Aguirre, Ex-Director de la Dirección General de Investigación Científica de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Apartado Postal 4439, Monterrey, N.L. México.



## RECONOCIMIENTOS

Respaldando la labor de edición de un libro siempre existen personas valiosas, - sin las cuales, áquel no podría existir.

Agradecemos la invaluable ayuda de nuestra secretaria Srta. Ofelia Hndz García - que mecanografió las pruebas y galeras en incontables ocasiones, hasta que - - estuvieron en calidad de ser publicadas.

Al Sr. Juan Barbosa Correa y al Sr. Arturo Benavides de la imprenta de la Facul - tad de Medicina y del Hospital Universitario " Dr.J.E.González " de la U.A.N.L. por su asesoramiento en el tipo, forma y selección de papel para la impresión. Al resto del personal de las imprentas antes mencionadas por la diligencia para la - impresión de éste volúmen.

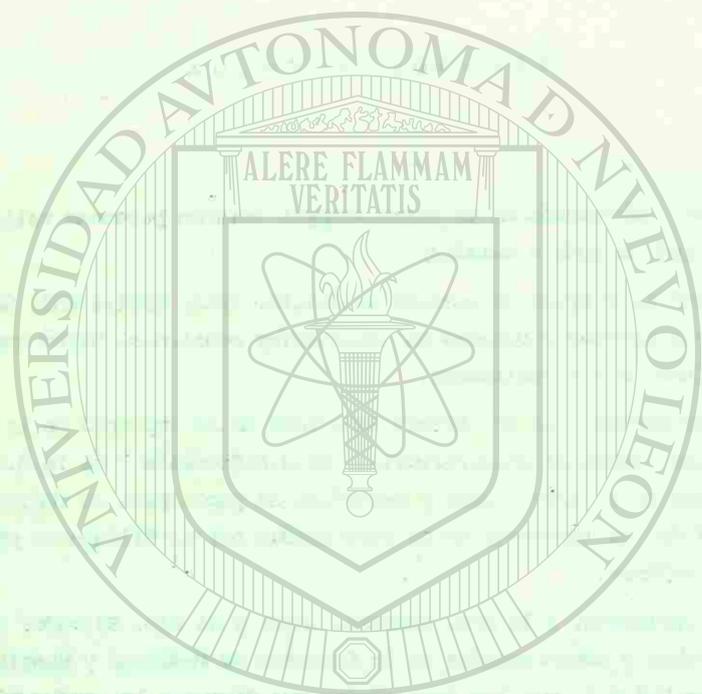
Al Dr. José Mario Gutiérrez, a la Dra. Graciela López y al Lic. Salvador Daw, - Director, Subdirectora y Administrador de la Facultad de Medicina y Hospital - Universitario de la U.A.N.L. por las facilidades que dieron a la producción de - este libro.

Al Dr. José Luis de la Garza Director de la Dirección General de la Investigación Científica por haber conseguido el subsidio para la edición de esta obra.

Dr. Rogelio F. García-Flores

Lic. Rosa A. Ita-Cruz

Srta. Irma Leticia Pinales



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## PROLOGO

El conocimiento derivado de la aplicación del método científico es siempre un conocimiento con profundidad de las causas que determinan los efectos aparentes de los problemas. Es sin duda que en el mundo actual en que vivimos la explosión demográfica es factor determinante en el progreso, pues en forma positiva la distribución equilibrada de la población reditúa en el progreso de las áreas en que se distribuye, pero cuando esta distribución es desordenada el resultado es el atraso y sub-desarrollo en todos los órdenes de la sociedad .

Es evidente que la situación demográfica actual en México representa un problema, fundamentalmente por los factores distributivos de la población. Aunque es cierto que la tasa de natalidad es del orden de 3.2% anual y la de mortalidad ha disminuido considerablemente, el número de habitantes se ha incrementado en forma definitiva, pero más que todo, su distribución inadecuada es la causa de los problemas derivados de ello.

Estudios como los que hoy se presenta en este trabajo tienen por objetivo encontrar la verdad acerca de los problemas que atañen a nuestra comunidad. Los resultados presentados, ponen en evidencia que los factores reales de la práctica en el control de la natalidad son esencialmen

te falta de información o información inadecuada. Sin duda ,  
es este factor el real problema de la situación, ya que -  
como el estudio concluye, la concientización general de un -  
control de natalidad existe; sin embargo la práctica de - -  
ello, se limita por el problema de desconocer los métodos --  
más adecuados para obtener los resultados que se desean. - -  
Ejemplo patente de que cuando existe una buena información -  
y un conocimiento adecuado de las cosas los resultados a los  
problemas son siempre los idóneos, lo manifiesta este estu -  
dio en sus resultados al demostrar que de acuerdo a mayor -  
escolaridad, a mayor grado de educación, más concientiza -  
ción existe de los problemas reales y más efectivamente se -  
adoptan las medidas a solucionarlos .

Pienso que el presente estudio es un esfuerzo que debe -  
de ser felicitado porque demuestra que la atención a nues -  
tros problemas comunitarios pueden resolverse si conocemos -  
con más profundidad los factores que los desencadenan. Quie -  
ro expresar mi más sincera felicitación a los investigadores  
titulares por haber encontrado la verdad en el problema - -  
" Del Conocimiento y Práctica de la Anticoncepción " como -  
medida para el control de la natalidad .

Dr. Corando Sáenz Aguirre

## INTRODUCCION

Dr. Rogelio F. García Flores

I.- EL PROBLEMA .- Cuando se aborda el tema de Planifica -  
ción Familiar, hay tendencia a enfocar la cuestión a la -  
cantidad de seres humanos de un área determinada, su tasa -  
de crecimiento y como regularla. Sin embargo, aparte de - -  
considerar los factores y metodología a seguir para regular  
la cantidad de nacimientos, debemos también, trazarnos el -  
objetivo de mejorar la calidad de nuestros descendientes.

El problema actual de explosión demográfica ha sido -  
creado por una variedad de factores, pero principalmente , -  
por los logros de la ciencia médica al abatir la mortalidad  
y prolongar la expectativa de vida del humano .

Anteriormente, los patrones socio-culturales y religio -  
sos enfatizaban los matrimonios prolíficos, quizás debido -  
a la inseguridad del humano ante la vida . Un gran número -  
de hijos hacía promisorio el soporte económico en la vejez.  
La mortalidad infantil era alta, y el matrimonio, asegura -  
ba así la sobrevivencia de varios descendientes. La baja --  
efectividad y uso complicado de la tecnología anticoncepti -  
va ayudaban también a desacreditar los métodos para la - -  
regulación de la fecundidad .

Los tiempos cambian. La mortalidad infantil se ha - -  
abatido mundialmente al mínimo. Los sistemas sociopolíti -  
cos empiezan a proteger al individuo. El estado se hace - -  
responsable de regular o proporcionar al individuo la satis

te falta de información o información inadecuada. Sin duda ,  
es este factor el real problema de la situación, ya que -  
como el estudio concluye, la concientización general de un -  
control de natalidad existe; sin embargo la práctica de - -  
ello, se limita por el problema de desconocer los métodos --  
más adecuados para obtener los resultados que se desean. - -  
Ejemplo patente de que cuando existe una buena información -  
y un conocimiento adecuado de las cosas los resultados a los  
problemas son siempre los idóneos, lo manifiesta este estu -  
dio en sus resultados al demostrar que de acuerdo a mayor -  
escolaridad, a mayor grado de educación, más concientiza -  
ción existe de los problemas reales y más efectivamente se -  
adoptan las medidas a solucionarlos .

Pienso que el presente estudio es un esfuerzo que debe  
de ser felicitado porque demuestra que la atención a nues -  
tros problemas comunitarios pueden resolverse si conocemos -  
con más profundidad los factores que los desencadenan. Quie -  
ro expresar mi más sincera felicitación a los investigadores  
titulares por haber encontrado la verdad en el problema - -  
" Del Conocimiento y Práctica de la Anticoncepción " como -  
medida para el control de la natalidad .

Dr. Corando Sáenz Aguirre

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

Dr. Rogelio F. García Flores

I.- EL PROBLEMA .- Cuando se aborda el tema de Planifica -  
ción Familiar, hay tendencia a enfocar la cuestión a la -  
cantidad de seres humanos de un área determinada, su tasa -  
de crecimiento y como regularla. Sin embargo, aparte de - -  
considerar los factores y metodología a seguir para regular  
la cantidad de nacimientos, debemos también, trazarnos el -  
objetivo de mejorar la calidad de nuestros descendientes.

El problema actual de explosión demográfica ha sido -  
creado por una variedad de factores, pero principalmente , -  
por los logros de la ciencia médica al abatir la mortalidad  
y prolongar la expectativa de vida del humano .

Anteriormente, los patrones socio-culturales y religio -  
sos enfatizaban los matrimonios prolíficos, quizás debido -  
a la inseguridad del humano ante la vida . Un gran número -  
de hijos hacía promisorio el soporte económico en la vejez.  
La mortalidad infantil era alta, y el matrimonio, asegura -  
ba así la sobrevivencia de varios descendientes. La baja --  
efectividad y uso complicado de la tecnología anticoncepti -  
va ayudaban también a desacreditar los métodos para la - -  
regulación de la fecundidad .

Los tiempos cambian. La mortalidad infantil se ha - -  
abatido mundialmente al mínimo. Los sistemas sociopolíti -  
cos empiezan a proteger al individuo. El estado se hace - -  
responsable de regular o proporcionar al individuo la satis

facción de sus necesidades vitales. Se vuelve necesaria la -  
regulación del crecimiento de la población para que un país -  
pueda dotar a cada uno de sus habitantes, de esos requeri -  
mientos mínimos .

Los países evolucionados cultural y económicamente, - -  
aprovecharon rápidamente la tecnología anticonceptiva. No se  
requirió de programas o campañas específicas .

Sus habitantes asimilaron los avances científicos, - -  
regulando espontáneamente su fecundidad .

Los países con desequilibrio social, con grandes masas -  
de población económica y culturalmente débiles, han encon -  
trado dificultad para borrar las tradiciones.

Ha sido difícil, transmitir la idea de que para que - -  
cada individuo goce de empleo, atención médica, habitación,  
educación y protección en la vejez; es necesario que cada -  
persona se haga responsable de disminuir el crecimiento de -  
la población, dando tiempo a que el desarrollo económico -  
de su país, pueda brindar esos beneficios a cada uno de sus  
habitantes.

El humano, no es un individuo prolífico si se compara -  
con otras especies. Por lo general engendra un ser a la - -  
vez y el período de gestación es prolongado.

También, a diferencia de otras especies, el humano es -  
un ser indefenso por un período prolongado de su vida que -  
lo hace dependiente de sus progenitores. En nuestros - -  
países, la tendencia actual es a un aumento progresivo de -  
seres dependientes con relación al número de adultos que -

los sostienen económicamente .

Aquí no me refiero solamente a los niños, sino también  
a las mujeres que por tradición son confinadas a las labo -  
res del hogar, especialmente si tienen una descendencia - -  
numerosa, y a los ancianos, que gozan de un merecido descan -  
so.

Esta es la disyuntiva que se nos plantea en México: --  
como dotar de seguridad social a nuestros hermanos. Si - -  
continuamos con la tasa de crecimiento actual y con un - -  
mayor número de habitantes dependientes, esta meta no será -  
cumplida.

II.- LA SOLUCION.- Para todos nosotros, ligados de una u -  
otra forma con la Reproducción Humana, existe el convenci -  
miento de que podemos regular y optimizar la tasa de - -  
crecimiento de nuestro país. También es labor de nosotros ,  
el desarrollar un camino para lograr ese objetivo .

Es ya una experiencia mundial el hecho de que atibo -  
rrar clínicas y hospitales de material anticonceptivo, no -  
es una solución .

Estamos saturados de reportes halagadores de grandes -  
números de " aceptantes " en países subdesarrollados que no  
siguen o suspenden las prácticas anticonceptivas .®

Por consiguiente, las tasas de natalidad continúan - -  
sin cambio. Es necesario transmitir un mensaje completo al  
individuo, para apoyar esa disponibilidad de tecnología. Es  
necesario instruirla en los beneficios personales y socia -  
les de una regulación de su fertilidad, en la forma adecua -

da de utilizar esos métodos, y en las ventajas de gozar de atención médica integral en la esfera de la reproducción . El objetivo final está a la vista. La organización médica en nuestro país, con algunas deficiencias, está en posibilidad de dotar a una pareja de adecuada orientación y atención en la esfera reproductiva. Uno de los objetivos médicos en el área de la reproducción son el evitar embarazos no deseados. Estos en un 80% terminan en abortos ilegales, efectuados en condiciones de insanidad que provocan una gran mortalidad materna y un sin número de complicaciones.

Idealmente, la vida reproductiva de la mujer debería estar comprendida entre los 20 y los 35 años de edad . Los embarazos que se producen en mujeres de menor o mayor edad presentan una incidencia más grande de abortos, una mayor mortalidad perinatal ( muerte de la semana 28 de embarazo a la primera semana del nacimiento ) de mortalidad neonatal ( muerte en primer mes de la vida ), de mortalidad infantil, y de una alta incidencia de malformaciones congénitas .

La idea de " embarazo planeado " implica no solo el efectuarlo en los mejores años reproductivos de la mujer, sino de acuerdo a las posibilidades económicas y anímicas de la pareja para proteger a sus descendientes en su período de formación. El adecuado espaciamiento de los nacimientos, permitirá la atención de los padres, a cada uno de sus hijos durante los primeros años, tan necesaria para una buena integración psicológica. El concepto médico de atención en

la Reproducción Humana, lleva implícitos, no solamente la cantidad, sino también la excelencia de las futuras generaciones .

La pregunta obligada es : ¿ cuál debería ser nuestro legado a las nuevas generaciones en el área de la Reproducción ? . Debemos lograr abatir la morbi-mortalidad materno-infantil y además lograr excelencia somática y del comportamiento en nuestros descendientes. La atención médica integral de la reproducción comprende : consultas prenupciales, cuidados en el período prenatal, atención hospitalaria de los partos, consultas al final del puerperio, asistencia a clínicas para la detección precoz de neoplasias y para la planificación de la familia .

Estas entrevistas deberán ser no solamente médicas , sino que deberán integrarse en programas educativos en cada fase, en que otros profesionales paramédicos ( Enfermería , Trabajo Social y Psicología ) deberán tomar una parte activa en la educación de esas pacientes.

El problema principal ha sido hasta la fecha, la comunicación, la transmisión de este mensaje a la población de bajos recursos. Tenemos el ejemplo de otros países, en que al fracasar a los propósitos educativos, se ha recurrido a métodos coercitivos como : retraso en la edad de los matrimonios, cargas tributarias a matrimonios prolíficos, distribución forzada de la población en áreas de baja densidad demográfica, esterilización compulsiva , legalización de abortos o abortos compulsivos. Seguramente-

esas medidas fueron tomadas para aliviar una situación - -  
desesperada.

Cada país tendrá que encontrar su camino. Nosotros - -  
estamos actualmente trazando el nuestro. La labor no es - -  
solamente del médico, es de todos los mexicanos. Es neces<sup>a</sup> - -  
rio que todos colaboremos en integrar el mensaje.

Este, deberá ser claro, sencillo, objetivo y capaz de - -  
ser comprendido por todos. Podrá ser elaborado en forma - -  
visual y auditiva, en pláticas o en conferencias, utilizando  
medios de comunicación personal o masiva.

III.- NUESTRO ESFUERZO.- Creo, y hago patente aquí mi condi - -  
ción de profesor universitario, que cuando un problema - -  
social se presenta, las posibles soluciones deberán ser - -  
abordadas en la Universidad. Esta, tiene los mecanismos para  
diseñar y probar diversas formas de acción .

El programa Universitario de Planificación Familiar fué  
elaborado y puesto en acción hace 9 años por la Unidad de - -  
Biología de la Reproducción de la Facultad de Medicina de la  
Universidad Autónoma de Nuevo León. El campo clínico ha sido  
el Hospital Universitario " Dr. José E. González "

El primero de nuestros objetivos ha sido lograr formas - -  
adecuadas de comunicación con los pacientes. Hemos elaborado  
a muy bajo costo, un sistema audiovisual automatizado de - -  
tres proyecciones, que se presentan diariamente en las - -  
áreas de Consulta Externa y a pacientes hospitalizadas en el  
post-parto y en el post-aborto. El mensaje es transmitido - -  
diariamente a un promedio de 300 mujeres y 50 varones en --

edad reproductiva. En forma amena y atractiva, clara y - -  
concisa, se les instruye en beneficios y métodos para - -  
planificar una familia. Posteriormente a la proyección el - -  
mensaje es ampliado e individualizado, a las pacientes que - -  
así lo soliciten, por trabajadoras sociales y psicólogas. - -  
El mensaje ha sido comprendido por un gran número de ellas,  
pues el número de atenciones médicas en ésta área se ha - -  
estado incrementando rápidamente .

Otro objetivo importante es la evaluación de nuestra - -  
experiencia. Hemos analizado, no solamente el impacto - -  
educativo de nuestro mensaje, sino también las actitudes ,  
conocimientos y práctica de la anticoncepción en los - -  
diferentes estratos sociales. También hemos estudiado las - -  
respuestas clínicas y psicológicas de nuestra población con  
el uso de los anticonceptivos modernos. Es importante - -  
actuar, pero también evaluar la experiencia obtenida .

Otros de nuestras metas, es el, habilitar personal - -  
capaz de ampliar nuestro campo de acción. La educación de - -  
personal paramédico ( Enfermeras, Trabajadoras Sociales y - -  
Psicólogas ) forma parte importante de nuestras actividades.  
El entrenamiento de estudiantes de Medicina, a niveles de - -  
comunicación en etapa temprana de la carrera, y posterior - -  
mente a nivel de acción clínica en las últimas fases de su  
formación, forman parte integral de su curriculum. Los - -  
residentes de departamento de Gineco-Obstetricia participan  
activamente en las actividades clínicas y quirúrgicas del - -  
Programa .

Pensamos que para lograr nuestros objetivos finales, es necesario balancear estas cuatro facetas de acción :1) Docencia a personal médico y paramédico; 2) Investigación, o análisis de nuestras experiencias; 3) Comunicación, o la forma de transmitir nuestro mensaje a la población; y 4) -- Acción clínica eficaz, ó disponibilidad y aplicación correcta de la moderna tecnología anticonceptiva .

El programa en nuestra Universidad es solo una pequeña parte de los esfuerzos nacionales. Debemos lograr, sin embargo, que estos esfuerzos no sean sólo del equipo de salud. El mensaje deberá ser llevado por todos los mexicanos capaces de transmitirlo. Nuestra meta es, en un plano de libertad, lograr en todo el país, matrimonios estables, con libertad en la unión, con conocimientos básicos psico-sexuales, cuya etapa reproductiva está comprendida entre los 20 y los 35 años, con embarazos planeados que repercutan en un número y espaciamiento adecuado de sus hijos y que gocen de atención médica integral. Sus descendientes tendrían asegurados: alimentos, habitación y vestido, así como salud, educación y esparcimiento. Todo ello, es necesario para la salud física y mental de nuestro país . Los siguientes trabajos son nuestra pequeña colaboración para poder conocer la realidad mexicana en esta área .

La realización de estos estudios así como la presente publicación fue posible gracias al apoyo económico y anímico de la Dirección de Investigación Científica de la Universidad Autónoma de Nuevo León .

## I.- ENCUESTA SOBRE ACTITUD, CONOCIMIENTO Y PRACTICA DE LA ANTICONCEPCION .

ESTUDIO REALIZADO EN ALGUNOS SERVICIOS DE GINECO-OBSTETRICIA DE MONTERREY .

LIC. PSIC. ROSA A. ITA CRUZ

DR. ROGELIO F. GARCIA FLORES

## INTRODUCCION .

La explosión demográfica se ha constituido en uno de los problemas centrales de nuestro tiempo. El crecimiento demográfico, amenaza los logros de las metas económicas y sociales del mundo en desarrollo. En gran medida, esta amenaza ha sido reconocida en años recientes y se han adoptado políticas de población tendientes a abatir las altas tasas de fecundidad imperantes .

Pensamos que para lograr nuestros objetivos finales, es necesario balancear estas cuatro facetas de acción :1) Docencia a personal médico y paramédico; 2) Investigación, o análisis de nuestras experiencias; 3) Comunicación, o la forma de transmitir nuestro mensaje a la población; y 4) -- Acción clínica eficaz, ó disponibilidad y aplicación correcta de la moderna tecnología anticonceptiva .

El programa en nuestra Universidad es solo una pequeña parte de los esfuerzos nacionales. Debemos lograr, sin embargo, que estos esfuerzos no sean sólo del equipo de salud. El mensaje deberá ser llevado por todos los mexicanos capaces de transmitirlo. Nuestra meta es, en un plano de libertad, lograr en todo el país, matrimonios estables, con libertad en la unión, con conocimientos básicos psico-sexuales, cuya etapa reproductiva está comprendida entre los 20 y los 35 años, con embarazos planeados que repercutan en un número y espaciamiento adecuado de sus hijos y que gocen de atención médica integral. Sus descendientes tendrían asegurados: alimentos, habitación y vestido, así como salud, educación y esparcimiento. Todo ello, es necesario para la salud física y mental de nuestro país . Los siguientes trabajos son nuestra pequeña colaboración para poder conocer la realidad mexicana en esta área .

La realización de estos estudios así como la presente publicación fue posible gracias al apoyo económico y anímico de la Dirección de Investigación Científica de la Universidad Autónoma de Nuevo León .

## I.- ENCUESTA SOBRE ACTITUD, CONOCIMIENTO Y PRACTICA DE LA ANTICONCEPCION .

ESTUDIO REALIZADO EN ALGUNOS SERVICIOS DE GINECO-OBSTETRICIA DE MONTERREY .

LIC. PSIC. ROSA A. ITA CRUZ

DR. ROGELIO F. GARCIA FLORES

## INTRODUCCION .

La explosión demográfica se ha constituido en uno de los problemas centrales de nuestro tiempo. El crecimiento demográfico, amenaza los logros de las metas económicas y sociales del mundo en desarrollo. En gran medida, esta amenaza ha sido reconocida en años recientes y se han adoptado políticas de población tendientes a abatir las altas tasas de fecundidad imperantes .

Indudablemente, que el crecimiento de la población en el país, representa un serio problema para el futuro de México. Diariamente, contamos con 4,458 niños más y en consecuencia nuestra población aumenta cada año en 1.6 millones de habitantes, lo que origina un ritmo de crecimiento anual de 3.2% aproximadamente. Por ello, el índice de crecimiento demográfico ocupa uno de los primeros lugares en el mundo.

Este índice, ocasiona que el crecimiento económico resulte insuficiente para satisfacer las necesidades básicas de la población, así como para absorber productivamente el incremento anual de la fuerza de trabajo, agravando el problema del desempleo.

En este contexto, la fecundidad se convierte en la variable demográfica más importante para el desarrollo del país. Tradicionalmente, la fecundidad ha sido estudiada desde el punto de vista demográfico, a través del análisis estadístico de la información recopilada en censos oficiales.

Las encuestas de fecundidad, constituyen un instrumento valioso, que permite ir más allá, de la tradicional explicación de las variables puramente demográficas e investigar, las condiciones psicosociales que participan en este fenómeno.

Nuestro trabajo, basado en este tipo de encuestas, es un estudio de tipo exploratorio y descriptivo, cuyos objetivos son los siguientes :

Primero, a nivel de la población de nuestro Estado, diseñar el material de investigación, que nos permita obtener una evidencia empírica del estado de los conocimientos, opiniones y práctica de planificación familiar y los patrones de fecundidad.

Segundo, verificar al nivel de la práctica diaria, algunas observaciones surgidas en los servicios de Gineco-Obstetricia como :

- a) El motivo fundamental que impide la práctica anticonceptiva, es el desconocimiento de los métodos para el control de la fecundidad.
- b) La religión, no es un factor determinante en el ejercicio de la anticoncepción.
- c) El número ideal de hijos parece estar alrededor de los cuatro.

Así mismo, recabar la información que nos permita dirigir las actividades, de sensibilización y motivación del Programa Universitario de Planificación Familiar.

## Material y Métodos

Para la realización del estudio, fueron diseñados dos cuestionarios: uno, para obtener la información socioeconómica y otro, donde se registró la actitud, conocimiento y práctica de los métodos anticonceptivos. Posteriormente a la prueba y verificación de su contenido, lenguaje y el tiempo de aplicación, quedaron estructurados en la forma siguiente :

Cuestionario Socioeconómico: dividido en cuatro secciones:

Sección A.- Datos personales de la entrevistada, edad, estado civil, ocupación, escolaridad, religión, religiosidad etc.

Sección B.- Datos personales del cónyuge, (los mismos que la sección anterior).

Sección C.- Datos sobre su fecundidad y familia: número de embarazos, partos, abortos, hijos fallecidos, sexo, edad, escolaridad y ocupación .

Sección D.- Datos sobre la economía familiar: características de la vivienda, ingresos, egresos, hábitos alimenticios etc.

Cuestionario de Actitud, Conocimiento y Práctica de la Anticoncepción : dividido en las siguientes secciones :

Sección de Actitud: expectativas de fecundidad, preferencia de sexo de los hijos, número ideal de hijos, opinión sobre su --

propia fecundidad etc.

Sección de Conocimientos: Valora el estado de conocimientos sobre Planificación Familiar, - paternidad responsable, técnicas anticonceptivas, Sobrepoblación - etc.

Sección de Práctica Anticonceptiva: Preferencia, tipo usado, motivos para no usar, etc.

La etapa del levantamiento definitivo de la encuesta , se inició en Enero de 1975 y se terminó en Mayo de 1976. Se realizó en mujeres en edad reproductiva, y sus cónyuges - pertenecientes a tres tipos de servicios médicos y exclusivamente en el área de gineco-obstetricia .

Los servicios médicos incluidos fueron :

- a) El servicio de carácter asistencial, representado por las pacientes que acuden al Hospital Universitario .
- b) El servicio institucional que comprende a las derechohabientes del Hospital de Gineco-Obstetricia del I.M.S.S. y a los Servicios Médicos de la Sección 50 del S.N.T.E.
- c) El servicio semi-privado que está representado por las pacientes atendidas en el Hospital y Maternidad-Conchita.

Esto, nos permitió tener un parámetro de comparación entre mujeres con características socioeconómicas y culturales diferentes . Se realizaron un total de 348 entrevistas-

distribuidas en un 49% (170) que pertenecen al servicio asistencial, un 29.3% (102) a los Servicios Institucionales y - 21.8% (76) al Servicio Semi-Privado.

El procesamiento de la información, se realizó en forma mecánica, en colaboración con el personal del Centro de Cálculo Electrónico de la U.A.N.L. Así mismo, participaron en las etapas de trabajo de campo y de crítica y codificación de los datos, estudiantes de la Facultad de Trabajo Social y Psicología, adscritos a la Unidad de Biología de la Reproducción para sus prácticas de Servicio Social .

## RESULTADOS

### Area Socioeconómica y Demográfica :

Hemos dividido los datos correspondientes a esta área en - - dos secciones :

#### A.- Sección Socioeconómica :

- a) Nivel de Ingresos
- b) Características de la vivienda,
- c) Disponibilidad de Servicios ,
- d) Tipo de servicio médico que utilizan ,
- e) Nivel de escolaridad,
- f) Religiosidad (frecuencia de asistencia a la iglesia)-
- g) Acceso a los medios de comunicación ,
- h) Ocupación .

#### 3.- Sección Demográfica :

- a) Estructura por edades de las parejas encuestadas ,
- b) Nivel de fecundidad,
- c) Estado civil y número de matrimonios ,
- d) Inmigración y motivos de inmigración ,
- e) Indicadores de los niveles de fecundidad :
  - Escolaridad y edad al primer matrimonio ,
  - Ocupación ,
  - Lugar de Procedencia,
  - Escolaridad,
  - Religión y Religiosidad.

Como se ha señalado la encuesta fue realizada en tres niveles de atención médica el asistencial, el institucional-

y el servicio semi-privado. Por este motivo el nivel de ingresos de las parejas encuestadas comprende desde cero o ningún ingreso hasta más de \$ 15,000.00 mensuales .

La distribución del ingreso por el lugar de entrevista aparece en el cuadro I .

El 49.7% (173) de los encuestados, en general comprenden de un ingreso de \$ 1,000.00 a \$ 3,999.00. Un 15.5% (54) reportan de \$ 4,000.00 a \$ 7,999.00 casi en la misma proporción con un 14.7% reportan menos de \$ 1,000.00 . Solamente el 4.6% (16) reportó ingreso superior a \$ 15,000.00 y dos casos no reportaron ingresos .

Estando el salario mínimo sobre los \$ 3,000.00 , aproximadamente y considerando que la mayor parte de nuestros encuestados superan ligeramente este ingreso , podemos establecer que su nivel socio-económico en general es medio bajo. Sin embargo están representados el nivel bajo por el 92.2% de las parejas correspondientes al servicio médico asistencial . El nivel medio medio, por el 52% de las pertenecientes al servicio médico institucional. El nivel medio alto, está representado por el 43.4% de las afiliadas al servicio médico semi-privado .

Otro índice de su economía, lo constituye el número de habitaciones de su vivienda y la disponibilidad de servicios, Cuadro No. II. El 62.6% (218) de las parejas viven en casas de 1 a 3 habitaciones, el 29% (101) en casas de 4 a 6 habitaciones, el 5% (17) en casas de 7 a 9 habitaciones y el 2.3% (8) en casas de más de 10 habitaciones. Si se consi-

Cuadro I.- Mujeres por el lugar de entrevista según el ingreso mensual familiar

A- Lugar de Entrevista	I N G R E S O .							
	Total	Ninguno	Menos de \$ 1,000= a \$ 3,999=	De \$ 4,000= a \$ 7,999=	De \$ 8,000= a \$ 15,000= y más	Ignorado		
Total	348	2	51 14.7%	173 49.7%	54 15.5%	44 12.6%	16 4.6%	8 2.3%
1- Serv. Médico Asistencial	170	2	45 26.4%	112 65.8%	2 1.2%	2 1.2%	2 1.2%	5 3.0%
2- Serv. Médico Institucional	102	1	6 5.9%	53 52.0%	19 18.6%	21 20.0%	1 1.0%	2 2.0%
3- Serv. Médicos Semi-Privado	76	1	—	8 10.5%	33 43.4%	21 27.6%	13 17.1%	1 1.3%

Cuadro II.- Número de entrevistas por el número de cuartos de su vivienda según la disponibilidad de servicio .

Número de Cuartos de la Vivienda	Disponibilidad de Servicios									
	Total	Agua y Luz y Gas .	Agua y Luz .	Agua y Luz y Gas .	Agua y Gas .	Ni Luz ni Agua ni Gas .	Solo Agua	Solo Gas .	Solo Luz .	Ignora-
Total	348	191	88	4	4	4	15	1	15	3
1- De 1 a 3	218	82	73	3	2	15	1	15	4.3%	.9%
2- De 4 a 6	101	84	14	1	2	0	0	0	7.8%	0
3- De 7 a 9	17	15	2	—	—	—	—	—	—	—
4- 10 y +	8	8	—	—	—	—	—	—	—	—
5- Ignorado	4	2	—	—	—	—	—	—	—	—
	(62.6%)	55.0%	25.3%	1.1%	1.1%	4.3%	7.8%	0.2%	4.3%	0.9%
	(29.0%)									
	(5.0%)									
	(2.3%)									
	(1.1%)									

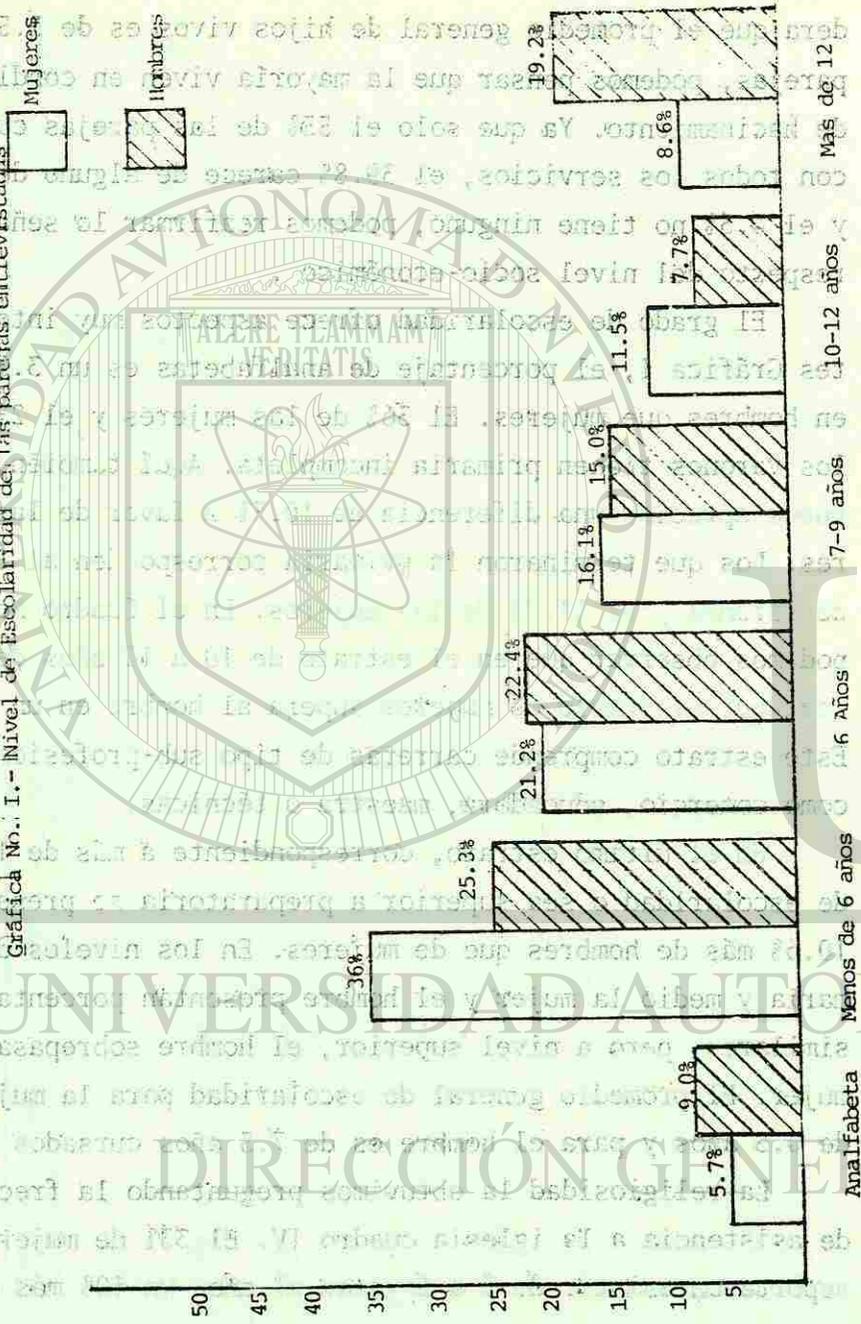
dera que el promedio general de hijos vivos es de 3.5 por parejas, podemos pensar que la mayoría viven en condiciones de hacinamiento. Ya que solo el 55% de las parejas cuenta con todos los servicios, el 39.8% carece de alguno de ellos y el 4.3% no tiene ninguno, podemos reafirmar lo señalado respecto del nivel socio-económico .

El grado de escolaridad ofrece aspectos muy interesantes Gráfica I, el porcentaje de analfabetas es un 3.3% más en hombres que mujeres. El 36% de las mujeres y el 25.3% de los varones tienen primaria incompleta. Aquí también, se puede apreciar una diferencia de 10.7% a favor de las mujeres. Los que terminaron la primaria corresponden al 22.4% de varones y el 21.2% de las mujeres. En el Cuadro No. III, podemos observar que en el estrato de 10 a 12 años de escolaridad, el número de mujeres supera al hombre en un 3.8%. Este estrato comprende carreras de tipo sub-profesional, como comercio, educadora, maestra o técnicas.

En el último estrato, correspondiente a más de 12 años de escolaridad o sea superior a preparatoria se presenta un 10.6% más de hombres que de mujeres. En los niveles de primaria y medio la mujer y el hombre presentan porcentajes similares, pero a nivel superior, el hombre sobrepasa a la mujer. El promedio general de escolaridad para la mujer es de 6.5 años y para el hombre es de 7.5 años cursados .

La religiosidad la obtuvimos preguntando la frecuencia de asistencia a la iglesia cuadro IV. El 33% de mujeres reportaron asistir de 3 a 5 veces al año. Un 10% más de

Gráfica No. I.- Nivel de Escolaridad de las parejas entrevistadas



Cuadro No. III.- Número de parejas entrevistadas según la escolaridad de ambos cónyuges .

Escolaridad de la Mujer .	Total		Escolaridad del Hombre					
	Analfabeta	Menos de 6 años	6 años	7 a 9 años	de 10 a 12 años	Más de 12 años	Ignorado	
Total	348	88	78	52	27	67	5	
0-Analfabeta	20	6	3	1	—	—	—	
1-Menor de 6 años	125	58	30	14	2	2	2	
2- 6 Años	74	18	26	16	8	2	—	
3- De 7 a 9 años	56	6	15	12	6	16	1	
4- De 10 a 12 años	40	—	2	6	7	25	—	
5- Más de 12 años	30	—	2	3	4	21	—	
6- Ignorado	3	—	—	—	—	—	2	

Cuadro IV- Número de Parejas según la práctica religiosa de ambos cónyuges

Práctica del Cónyuge	Total	Práctica de la Mujer				
		Nunca	Semanal	Mensual	3 a 5 veces al año	Ignorado
Total	348	18 (5.2%)	102 (29.3%)	74 (21.3%)	115 (33.0%)	39 (11.2%)
1- Nunca	54 (15.5%)	17	9	6	22	—
2- Semanal	73 (21.0%)	—	64	6	3	—
3- Mensual	67 (19.2%)	—	15	44	8	—
4- 3 a 5 veces a año	114 (32.8%)	1	14	17	81	1
5- Ignorado	40 (11.5%)	—	—	1	1	38

hombres que mujeres nunca asisten a la iglesia. En la asistencia mensual los porcentajes no ofrecen grandes diferencias. Las mujeres que asisten semanalmente superan en un 10% a los hombres. En general se observa que el varón presenta mayor grado de ausentismo religioso que la mujer. En 340 casos obtuvimos el tipo de religión, el 96.2% (327) de hombres y mujeres son católicos como era de esperar. El porcentaje de Evangelistas es de 1.5% para mujeres y el 1.4% para hombres.

Puesto que el lugar de entrevista, en este estudio representa el principal parámetro de comparación; analizamos la relación entre esta variable y la religiosidad femenina, Cuadro V.- De las mujeres pertenecientes al servicio médico semi-privado, el 50.7% reportan asistir semanalmente, no se presentó un solo caso de no asistencia. El 50.5% de las que pertenecen al servicio médico institucional asisten de 3 a 5 veces al año. Los porcentajes de asistencia semanal y mensual son del 21 y 22% respectivamente. En las mujeres pertenecientes al servicio asistencial el porcentaje más alto corresponde a la asistencia de 3 a 5 veces al año con un 36.1%. La asistencia semanal es mayor que en la mensual en un 7%. El mayor número de inasistentes considerado globalmente, recae en este estrato; aunque solamente ocupe un 9% del total de mujeres pertenecientes a dicho estrato. Resulta evidente que quienes asisten con mayor frecuencia a la iglesia son las mujeres que en este estudio corresponden, a un nivel socio económico mayor. Encontrán

Cuadro No. V- Mujeres por el lugar de entrevista según su práctica religiosa

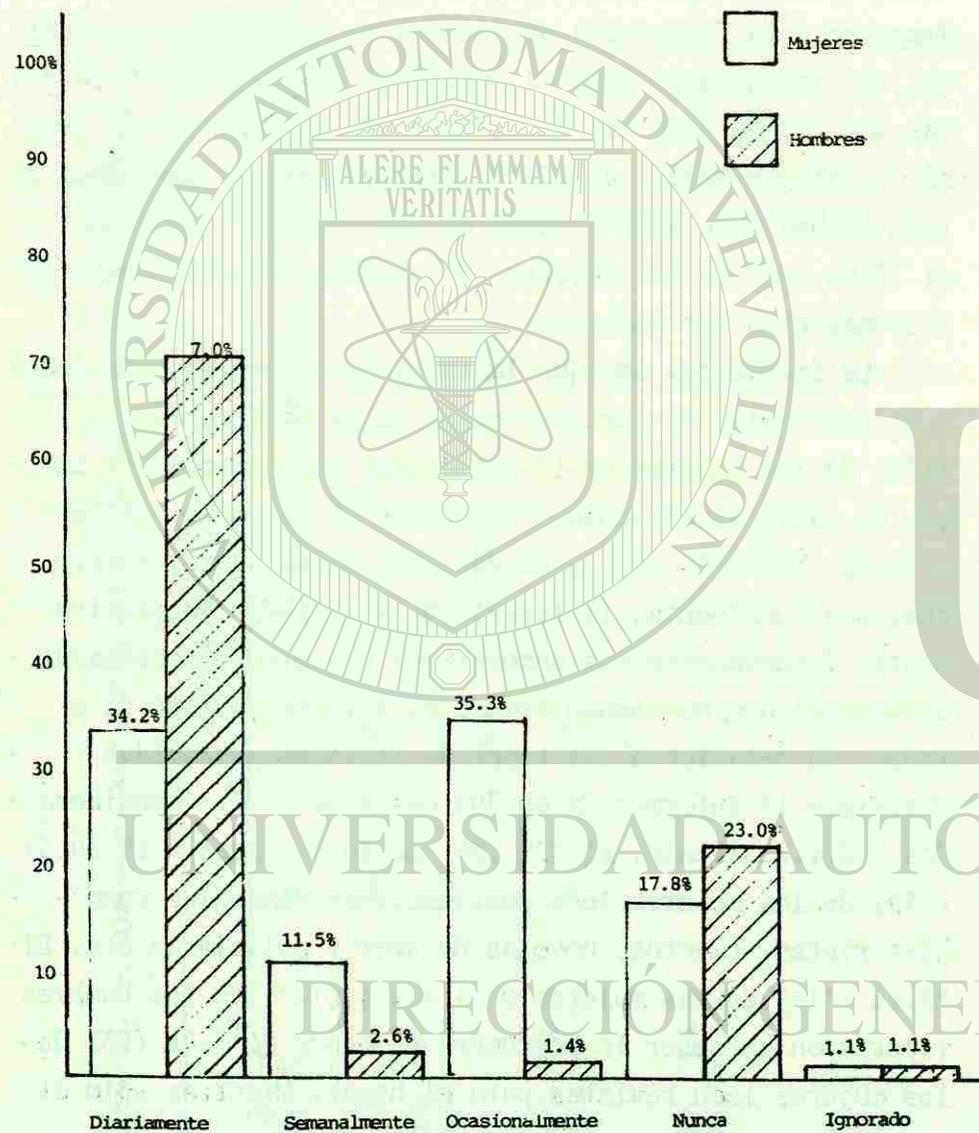
Lugar de Entrevista	Práctica Religiosa de la Mujer .			
	Total	Nunca	Semanal	Mensual
Total	328	20	107	81
Serv. Med. Asistencial	158	14	49	38
Serv. Médico Institucional	95	8.9	31.0	24.0
Serv. Médico Semi-Privado	75	6	20	21
		6.3	21.1	22.1
		—	38	22
		—	50.7	29.3
				15
				20.0
				120
				57
				36.1
				48
				50.5

dose que a menor nivel socioeconómico es menor la frecuencia de asistencia religiosa.

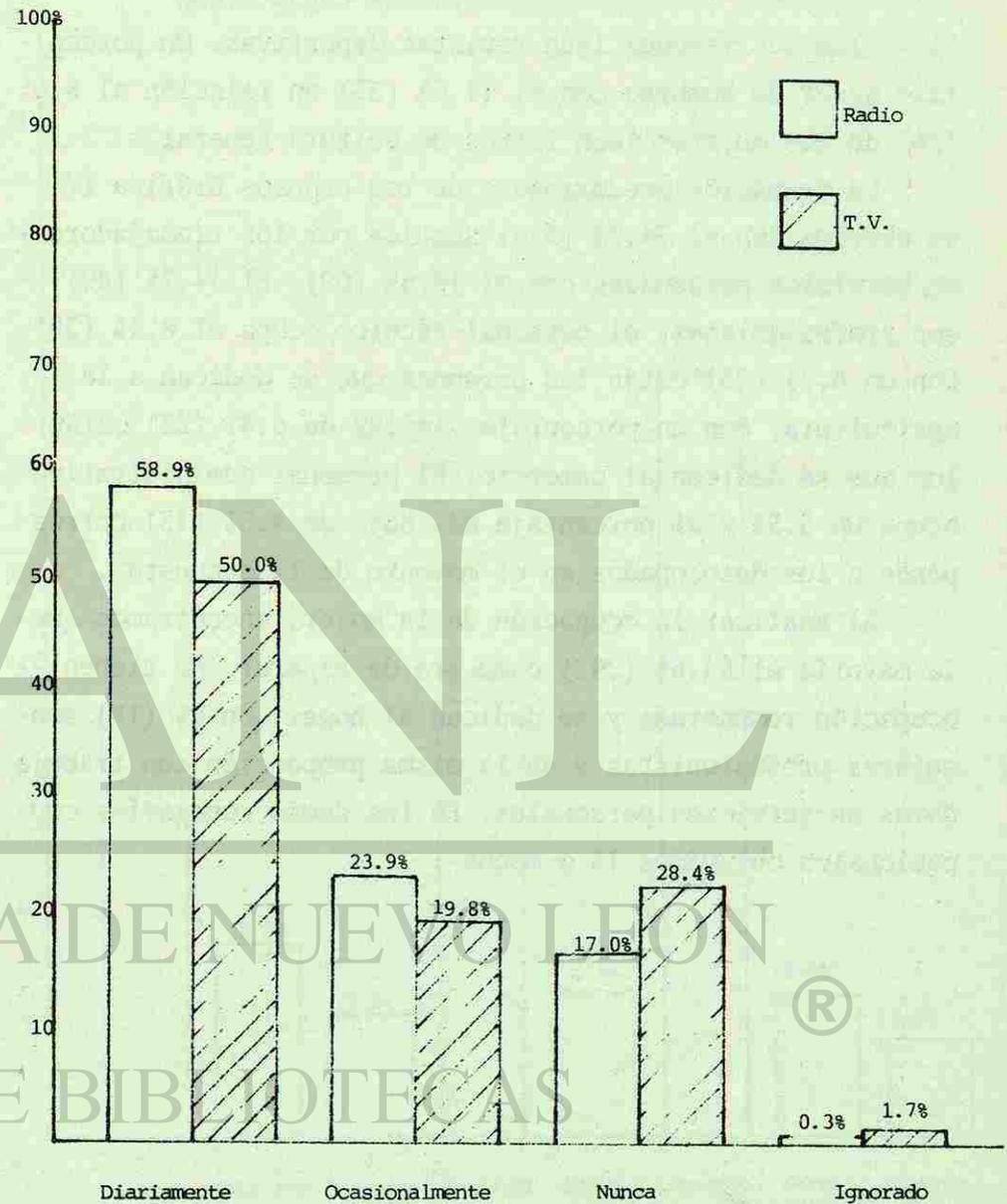
Se investigó cuáles son los medios de información a los que están expuestos nuestros encuestados. Gráfica II.- Respecto a la frecuencia de lectura de periódicos encontramos que los hombres leen el periódico diariamente en un 37% más que las mujeres. El 35.3% (123) de las mujeres lo leen sólo ocasionalmente, el porcentaje de personas que nunca lo leen es bastante alto y ocupa el 23% (80) de los varones y el 17.8% (62) de las mujeres; existiendo una diferencia del 5.2% más para los hombres.

La frecuencia con que la mujer tiene acceso a la radio y la televisión se puede apreciar en la Gráfica III. El 50% (174) de las mujeres ve la televisión diariamente. En cambio el radio lo escuchan diariamente el 59% (205) de las mujeres. El 19.8% (69) y el 24% (83) reportan ver y escuchar ocasionalmente, la televisión y el radio respectivamente. Y nuevamente nos encontramos con altos porcentajes de mujeres que no tienen acceso ni a la televisión ni al radio. En relación a los tipos de lecturas preferidas obtuvimos la información en 301 casos el 86.4%. Considerados individualmente, el 32% (96) de los hombres y el 39.5% (119) de las mujeres leen publicaciones semanales como historietas, cuentos, novelas de amor y policíacas etc. El 38.5% (116) de las mujeres y el 40.5% (122) de los hombres reportaron no tener la costumbre de leer. El 7.6% (23) de las mujeres leen revistas para el hogar. Mientras sólo el

Gráfica No. II.- Parejas según la frecuencia de lectura de periódicos



Gráfica No. III.- Porcentaje de mujeres según la frecuencia de uso del Radio y Televisión.

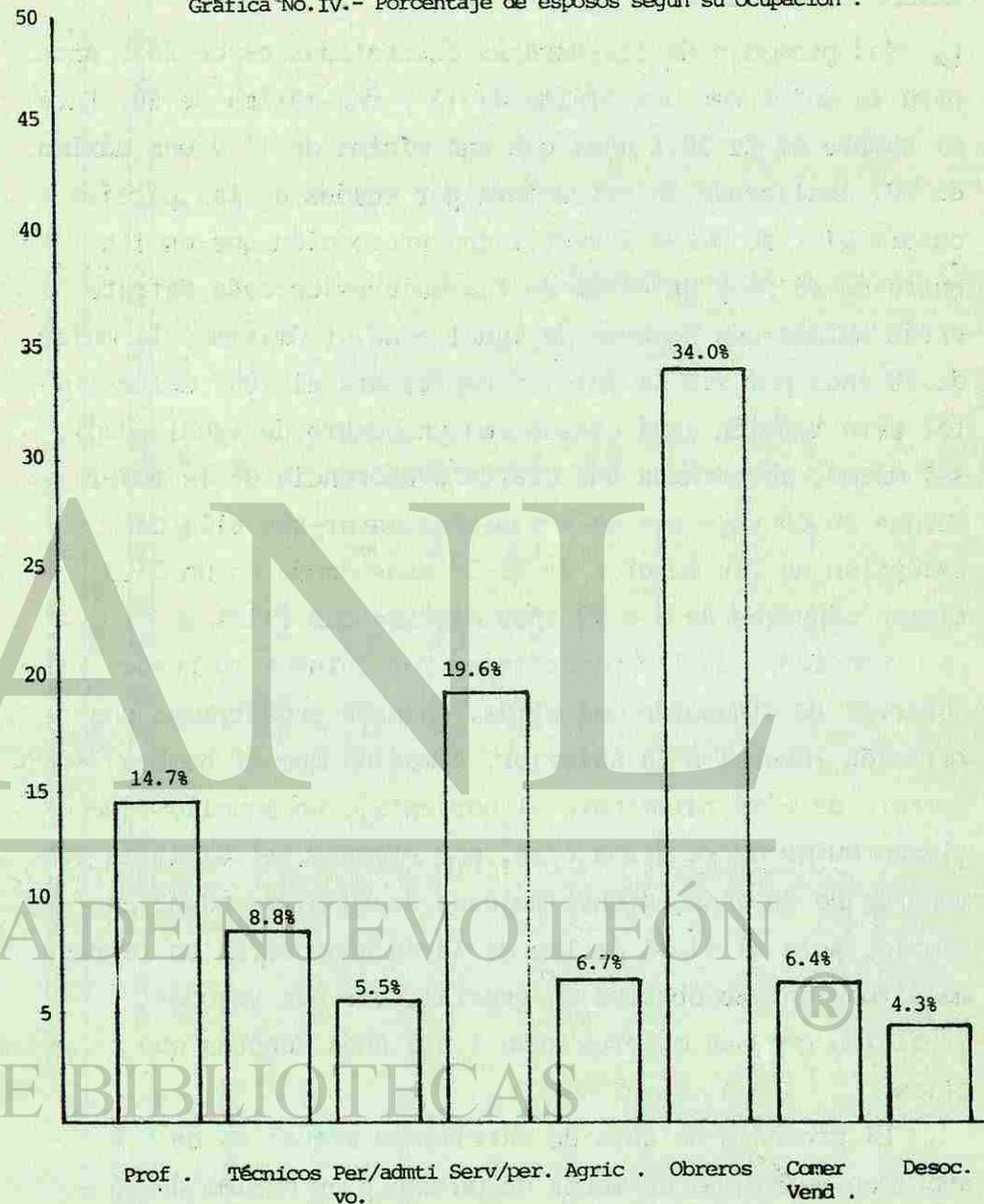


5% (15) de los varones leen revistas deportivas. Un porcentaje mayor de hombres con el 11.6% (35) en relación al 8.6% (26) de las mujeres leen libros de cultura general.

La ocupación predominante de los esposos Gráfica IV es obreros con el 34.0% (116) seguida por los trabajadores en servicios personales con el 19.6% (69). El 14.7% (49) son profesionistas, el personal técnico ocupa el 8.4% (30). Con un 6.7% (23) están las personas que se dedican a la agricultura, con un porcentaje similar de 6.4% (22) están los que se dedican al comercio. El personal administrativo ocupa un 5.5% y el porcentaje más bajo de 4.3% (15) corresponde a los desocupados en el momento de la encuesta.

Al analizar la ocupación de la mujer, encontramos que la mayoría el 84.6% (292) como era de esperar, no tienen ocupación remunerada y se dedican al hogar. Un 5% (18) son mujeres profesionistas y en la misma proporción son trabajadoras en servicios personales. En las demás categorías ocupacionales obtuvimos 1% o menos.

Gráfica No. IV.- Porcentaje de esposos según su ocupación.



Sección Demográfica :

La edad promedio de las parejas encuestadas es de 26.8 años para la mujer con una mínima de 15 y una máxima de 50. Para el hombre es de 30.5 años con una mínima de 17 y una máxima de 60. Analizando la estructura por edades de las parejas - cuadro VI.- se puede advertir una proporción que oscila - entre un 35.9% y un 47.6% de las mujeres de cada estrato - están unidas con hombres de igual edad. ( Omitimos la mujer de 50 años por ser la única y representa el 100% del estrato, pero también está casada con un hombre de igual edad). Así mismo, observamos una cierta preferencia de la mujer - porque su cónyuge sea de 1 a 5 años mayor que ella con - excepción de las mujeres de 35-39 años donde en un 33.3% - tienen cónyuges de 6 a 10 años mayores que ellas .

Considerando los porcentajes por columna se puede - observar la situación masculina. En esta encontramos una - relación inversa a la anterior. A medida que el hombre - aumenta de edad, disminuye el porcentaje de aquellos que - tienen mujer de su misma edad, por ejemplo, el 82.4% de los - menores de 20 años, tienen mujeres de su misma edad. En - cambio, solo el 14.3% de los de 45-49 años están en la mis- - ma situación. Se observa en general, que los varones - prefieren que sus mujeres sean 1 o 5 años menores que - ellos.

El promedio de años de matrimonio actual es de 6.8 - años con un mínimo de menos de un año y un máximo de 35 -

Cuadro VI - Número de mujeres por grupos de edad según la edad de sus cónyuges .

Edad de la Mujer	Edad del Cónyuge									
	Menos de 20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50 y +	Ignorado	
Total	17	72	80	86	50	18	14	9	2	
1- Menos de 20	14	16	7	2						
2- De 20 a 24	3	47	33	14	2	2		1	2	
3- De 25 a 29		8	35	38	14	2				
4- De 30 a 34		8.2	36.1	39.2	14.4	2.1				
5- De 35-39		11.1	43.8	44.2	28.0	11.1				
6- De 40-44		1.6	7.9	47.6	27.0	12.7		2		
7- De 45-49		1.4	6.3	34.9	34.9	49.4		3.2		
8- 50 y +				2	15	3	11	2		
				6.1	46.5	9.1	33.3	6.1		
				2.3	30.0	16.7	78.6	22.2		
					4	3	2	2		
					12.5	37.5	25.0	25.0		
					2.0	16.7	14.3	22.2		
					1	1	1	1		
					33.3	33.3	33.3	33.3		
					2.0	2.0	7.1	11.1		
									1	
										100.0
										11.1

\*% de Renglón

\*\*% De Columna

años. La edad media al contraer matrimonio o unirse para -- la mujer es de 19.6 años. El 89% (306) están legalmente -- casadas, de ellas el 65.7% (226) tienen matrimonio civil y religioso, el 23.3% (80) sólo tienen matrimonio civil el -- .6%(2) sólo tienen matrimonio religioso, el 1.5% (5) son -- madres solteras, el .9(3) están separadas o divorciadas y-- el 8.1% (28) están en unión libre, en cuatro casos no se -- obtuvo la información .

El origen de las parejas se estableció en el 99% (345) mujeres y en el 98% (340) de los esposos, cuadro VII. Sólo el 18% (62) son originarios ambos del área metropolitana y (38) el 11% del resto del Estado. Los casos en que un miembro de la pareja es originario del área metropolitana y que el otro, es originario del resto del estado y viceversa, - suman 29 lo que representa el 8.3% .

Considerando a los cónyuges individualmente y como - - inmigrantes solo a los originarios de otros estados; - - encontramos que el 75.7% (122) de las mujeres y el 76.7% - (112) de los varones provienen de estados limítrofes. De -- éstos, el mayor porcentaje corresponde a aquellos que - - proceden de San Luis Potosí con el 29.8% (48) de las muje - res y el 29.4% (43) de los varones. Estos datos, concuerdan con la distribución porcentual de los inmigrantes de nues - tro estado ; según la cual el 75% procedente de estados veci - nos y el mayor porcentaje que es de 26.69% son de San Luis Potosí (1).

Cuadro VII- Parejas por el lugar de procedencia del Cónyuge según el lugar de procedencia de la mujer .

Lugar de Procedencia del Cónyuge :	Lugar de Procedencia de la Mujer .									
	Total	A. Metrop.	Resto Edo.	Tamps Coah.	Zacatecas	San Luis P.	Otras Ent.	Otros Países	Ignorad	
Total	348	111 (31.9%)	73 (21.0%)	27 (7.7%)	32 (9.2%)	15 (4.3%)	48 (13.8%)	37 (10.6%)	2 (.6%)	3 (.9%)
- Area Metropolitana	116 (33.3%)	62	11	6	8	6	9	14	—	—
- Resto Edo.	78 (22.4%)	18	38	8	6	1	5	2	—	—
- Tamaulipas	22 (6.3%)	8	4	5	—	1	1	3	—	—
- Coahuila	32 (9.2%)	5	5	—	11	3	3	3	2	—
- Zacatecas	15 (4.3%)	3	4	1	1	2	2	2	—	—
- San Luis Potosí	43 (12.4%)	6	7	2	4	1	22	1	—	—
- Otras Ent.	32 (9.2%)	6	3	3	1	1	6	12	—	—
- Otros Países	2 (.6%)	1	1	—	—	—	—	—	—	—
- Ignorado	8 (2.3%)	2	—	2	1	—	—	—	—	3

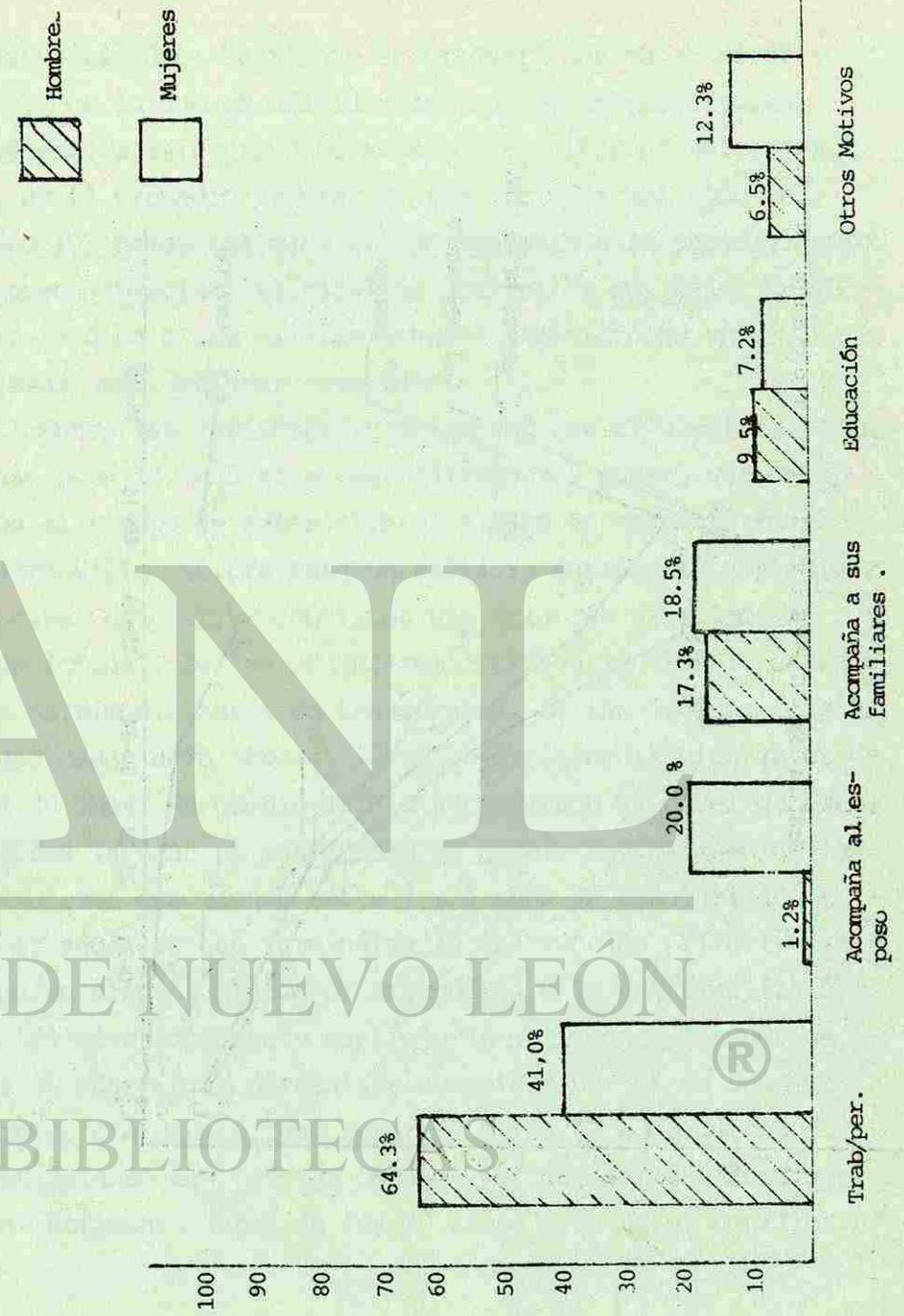
El motivo de inmigración lo obtuvimos en el 78.5% de varones y el 88% de mujeres foráneas Gráfica V. El motivo que alcanza el porcentaje mayor de ambos, es el trabajo personal con el 64% en los hombres y el 41% en las mujeres. Esto, reafirma la idea de que Nuevo León es considerado como foco de atracción migratoria; debido en gran parte a la preeminencia industrial, comercial y de servicios que el estado tiene. Un 20% de las mujeres ha inmigrado acompañando a sus esposos que a su vez vienen en busca de mejores oportunidades. En porcentajes similares del 18.5% para las mujeres y el 17.3% de los varones emigraron de niños acompañando a sus padres.

Por motivos de educación solo el 9.5% de hombres y el 7% de mujeres. Este último porcentaje relativamente bajo puede ser debido no a una falta de proyección de nuestro estado como centro educativo. Sino que el nivel socio-económico de nuestro estudio, es medio bajo y por lo tanto le dan prioridad como centro de trabajo.

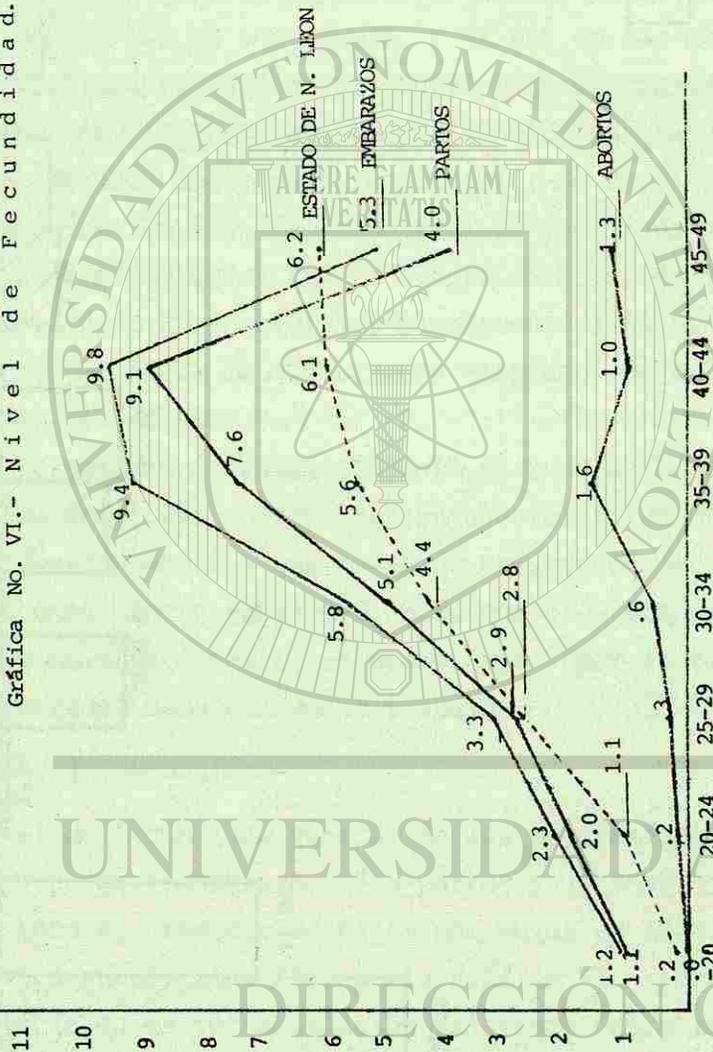
Análisis de Fecundidad :

El nivel de fecundidad general de las mujeres de nuestro estudio es de 4 embarazos, 3.5 partos y .4 abortos. Para Nuevo León el promedio de hijos por mujer en 1970 era de 3.0 y 3.1 en el país, (2). En la gráfica VI.- por edades, se aprecia la estrecha relación existente entre la edad y paridad. Se marca el nivel de hijos vivos por grupos de edad de la mujer para el Estado de Nuevo León (3). En

Gráfica No. V- Porcentaje de parejas según sus motivos de inmigración



Gráfica No. VI.- Nivel de Fecundidad.



nuestro estudio, solamente se presentó una mujer de 50 años, por lo que es omitida para que el promedio correspondiente a este grupo de edad no sea alterado. Sin embargo, en el promedio general si fue incluida así como en todos los demás cálculos en que interviene la paridad. Como se puede apreciar, el nivel de abortos es muy bajo. Quizá - ésto se deba a que existen grandes inhibiciones entre las mujeres para declarar este dato.

Entre las variables relacionadas con el nivel de fecundidad está la edad al primer matrimonio, puesto que determina el tiempo de exposición al riesgo de embarazo. En el cuadro VIII.- se presenta un análisis entre esta variable y el nivel escolar, encontrando una relación directamente proporcional. De las 20 mujeres analfabetas el 90% contrajeron matrimonio antes de los 20 años. De las 126, con escolaridad menor de 6 años el 72.2% lo hicieron también antes de los 20 años. En cambio, al ir ascendiendo el nivel de escolaridad la edad al matrimonio es mayor. Por ejemplo de las 56 mujeres que tienen entre 7 y 9 años de escolaridad, es decir aquéllas que terminaron la instrucción primaria y han seguido algunos grados de secundaria o la han finalizado, el 59% aproximadamente contrajeron matrimonio después de los 20 años. Este porcentaje aumenta a un 80% en aquellas mujeres con escolaridad superior a los 10 años cursados. Considerando los valores totales, el 50.3% (175) contrajeron matrimonio antes de los 20 años, este dato, confirma el

Cuadro VIII- Mujeres por nivel de escolaridad según la edad al primer matrimonio .

		Edad al Primer Matrimonio				
		de 15 años	de 15-19	de 20-24	de 25-29	30 y más
		Ignorado				
Nivel de Escolaridad	Total					
Total	348	19 (5.5%)	175 (50.3%)	115 (33.1%)	23 (6.6%)	12 (3.4%)
0- Analfabeta	20	3	15	—	—	2
1- Menos de 6 años	126	11	80	25	2	6
2- 6 Años	74	3	45	21	3	2
3- de 7 a 9 años	56	2	20	30	3	—
4- de 10 a 12 años	40	—	8	21	10	1
5- Más de 12 años	30	—	6	18	5	1
6- Ignorado	2	—	1	—	—	—
						4 (1.1%)

promedio de edad al primer matrimonio ya citado.

Se analizó la ocupación de las parejas y su relación con la paridad Cuadro IX: No fué posible establecer ningún tipo de proporción entre paridad y ocupación de la mujer, ya que el porcentaje de mujeres dedicadas al hogar es muy alto. Por ésto la concentración es muy alta en este estrato haciendo imposible toda comparación. Sin embargo, analizando la profesión del cónyuge, encontramos que el promedio de hijos más alto, pertenece a los trabajadores en Servicios Personales con un 4.6%, seguido por los obreros con el 4.5%. Realizando un análisis cualitativo, podemos advertir que los promedios de hijos de los cónyuges cuya ocupación es agricultura, servicios personales y obreros son muy parecidos y difieren sólo en décimas. Realmente la proporción más alta recae entre los agricultores puesto que constituyen solo 22-casos, seguidos por los trabajadores en Servicios Personales que son 60 y finalmente los obreros, que constituyen el bloque más numeroso .

Dado que nuestro estado tiene un alto índice de población inmigrante y que en el decenio de 1960-1970 representó el 26.4% del crecimiento que tuvo la población en dicho decenio (4), consideramos de interés analizar la relación entre esta variable y los niveles de fecundidad. En el cuadro No. X podemos observar que las cruces parciales por parejas no pueden ser significativos, ya que el número de casos observados es muy pequeño. Pero considerando los cruces totales y separadamente a hombres y mujeres se advier

Cuadro IX.- "Promedio de hijos por la ocupación de la mujer según la ocupación del cónyuge" VAR 038 A -  
By VAR 010 By VAR 030 ).

A- Ocupación de la Mujer .	Ocupación del Cónyuge .											
	Total	Profesionista	Técnicos	Per/Admiivo	Serv/Per.	Agricultores	Obreros	Com y Veni.	Desocup.	Ignorado		
Total	3.9 1223/308	2.2 75/33	3.5 91/26	2.3 38/16	4.6 281/60	4.3 95/22	4.5 507/112	3.7 74/20	3.4 52/15	2.5 10/4		
1- Hogar	3.9 1039/62	2.5	3.1	2.2	4.7	4.3	4.4	4.0	3.1	3.0		
2-Profesionista	2.2 34/15	1.7	—	—	4.0	—	2.6	1.0	—	—		
3- Técnicas	1 1/1	1.0	—	—	—	—	1.0	—	—	—		
4- Per/Administrativo	1.6 5/3	2.0	—	—	—	—	6.0	—	—	—		
5- Serv. Personales	5.5	—	—	—	—	—	—	—	—	—		4.2
7- Obreros	95/17 9.0	—	—	—	9.0	—	6	—	—	—		
8- Com y Vendedores	5.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
9- Ignorado	25/5 3.7 15/4	—	—	—	—	—	—	—	—	—		1.0

Cuadro X.- Promedio de hijos nacidos vivos por el lugar de procedencia de la mujer según el lugar de procedencia del cónyuge . ( VAR 038 By VAR 005 By VAR 025 ).

A- Lugar de Procedencia de la Mujer .	Total	Lugar de Procedencia del Cónyuge .								
		A.Net.	Resto/Edo.	Tamps	Coah.	Zac.	S.L.P.	O.Ent.	O.Paises	Ignorado
Total	3.9 1223/308	2.9	3.7	4.1	4.2	6.1	5.4	4.4	2.0	3.4
1- Area Metropolitana	3.0 293/95	2.7	3.6	2.8	1.6	8.3	4.5	3.0	3.0	3.5
2- Resto del Estado	3.5 230/65	2.7	3.6	4.6	4.4	3.2	3.5	3.3	1.0	—
3- Tamaulipas	4.4 102/23	3.0	5.3	4.2	—	5.0	4.0	7.6	—	1.5
4- Coahuila	5.2 167/32	4.0	4.8	—	5.7	4.0	7.7	1.0	—	7.0
5- Zacatecas	5.6 84/15	5.3	3.0	9.0	3.0	11.0	6.0	3.0	—	—
6- S.L.P.	4.6 214/46	2.5	3.0	1.0	3.5	5.5	5.7	6.1	—	—
7- Otras Entidades	4.3 129/3	2.4	4.5	6.3	6.6	6.0	10.0	4.1	—	—
8- Otros Paises	2.0 4/2 .	—	—	—	2.0	—	—	—	—	—
9- Ignorado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

te que los procedentes de Zacatecas, tienen el promedio más alto de hijos con 5.6 para las mujeres y 6.1 para los varones. Es importante señalar que los promedios más bajos, tanto por parejas que es de 2.7, como individualmente que es de 3.0 para mujeres y 2.9 para los varones, pertenece a los originarios del área metropolitana.

En cuanto a la escolaridad podemos observar con el cuadro XI que la relación es inversamente proporcional para los miembros de la pareja. Resulta de interés señalar que el promedio de hijos de las mujeres analfabetas es mayor que el de los hombres del mismo estrato. Sin embargo, los promedios de hijos de varones con los siguientes grados de escolaridad, siempre son superiores a los de las mujeres. Con excepción de las parejas que poseen más de 12 años de escolaridad donde los promedios se igualan a 2.2 hijos.

El obstáculo que encontramos con la ocupación de la mujer se presentó también en la variable tipo de religión. Dada la alta proporción de católicos en nuestra sociedad, no fue posible realizar el análisis. Decidimos entonces analizar la religiosidad y fecundidad, cuadro XII la información se obtuvo solo en 278 casos y encontramos que tanto individualmente como por parejas el promedio más alto de hijos corresponde a quienes declaran no asistir a la iglesia. Estos comprenden un promedio de 6.3 hijos por pareja, y un 6.1 y 4.8 hijos por mujer y hombre respectivamente.

Cuadro XI. - Promedio de hijos de las parejas según la escolaridad de los cónyuges y sus mujeres.

A- Escolaridad de los Cónyuges.	Total	Escolaridad de la Mujer						Ignorado
		Analfabeta	-de 6 años	6 años	6 años de 7-9	de 10 a 12	más de 12	
Total	3.9 1214/309	6.0 121/20	5.0 614/122	3.4 243/70	2.8 133/46	1.8 48/26	2.2 54/24	1 1/1
Analfabeta	5.4 169/31	5.4	5.8	4.0	—	—	—	—
- Menor de 6 años	5.1 442/86	6.3	5.2	4.7	3.8	—	—	—
- 6 Años	3.9	6.6	4.7	3.3	2.6	3.0	3.5	—
- De 7 a 9 años	2.1 283/72	9.0	4.2	2.8	2.7	1.7	3.3	—
- De 10 a 12 Años	2.2 42/20	—	1.5	2.1	3.3	1.4	2.3	—
- Más de 12 Años	2.2 110/49	—	5.5	2.5	2.6	1.8	1.8	1.0
- Ignorado	3.5	—	3.5	—	—	—	—	—
	7/2							

Cuadro XII- Promedio de hijos de las parejas según la religiosidad de las mujeres y sus cónyuges

A- Religiosidad de la Mujer .	Religiosidad del Cónyuge			
	Nunca	Semanal	Mensual	3 a 5 veces/año
Total	4.8 253/52	3.8 237/61	3.3 192/58	3.9 413/105
1- Nunca	6.3	—	—	2.0
2- Semanalmente	3.8	3.6	3.0	3.9
3- Mensual	3.6	3.2	2.9	3.6
4- 3 a 5 veces / año	4.3	9.3	5.5	3.9
5- Ignorado	465 /108	—	—	6.0
	6.0	—	—	2.0
	6/1	—	—	—
	3.9	—	—	6.0
	1107/278	—	—	12/2

De estos datos parece desprenderse que a menor frecuencia de asistencia religiosa hay un mayor promedio de hijos. Sin embargo, el promedio de hijos menor, no es para aquéllos que asisten semanalmente, como era de esperar, sino, para aquéllos que declararon una asistencia mensual.

RESULTADOS DE LAS AREAS DE ACTITUD, CONOCIMIENTO Y PRACTICA.

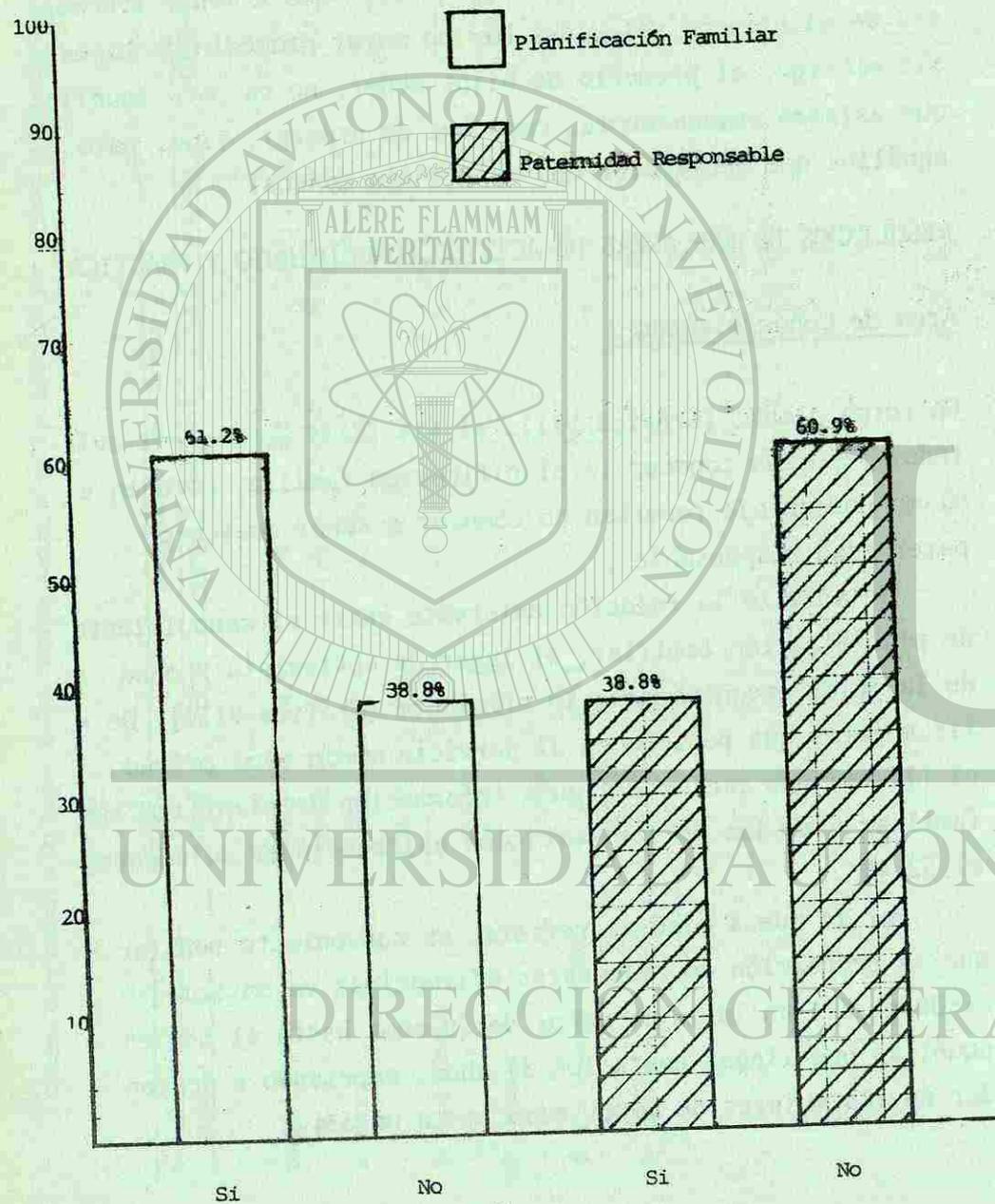
Area de Conocimientos :

En forma global (Gráfica VII), el 61% (213) de las entrevistadas reportan conocer la planificación familiar pero en el mismo porcentaje reportan no conocer o saber acerca de paternidad responsable .

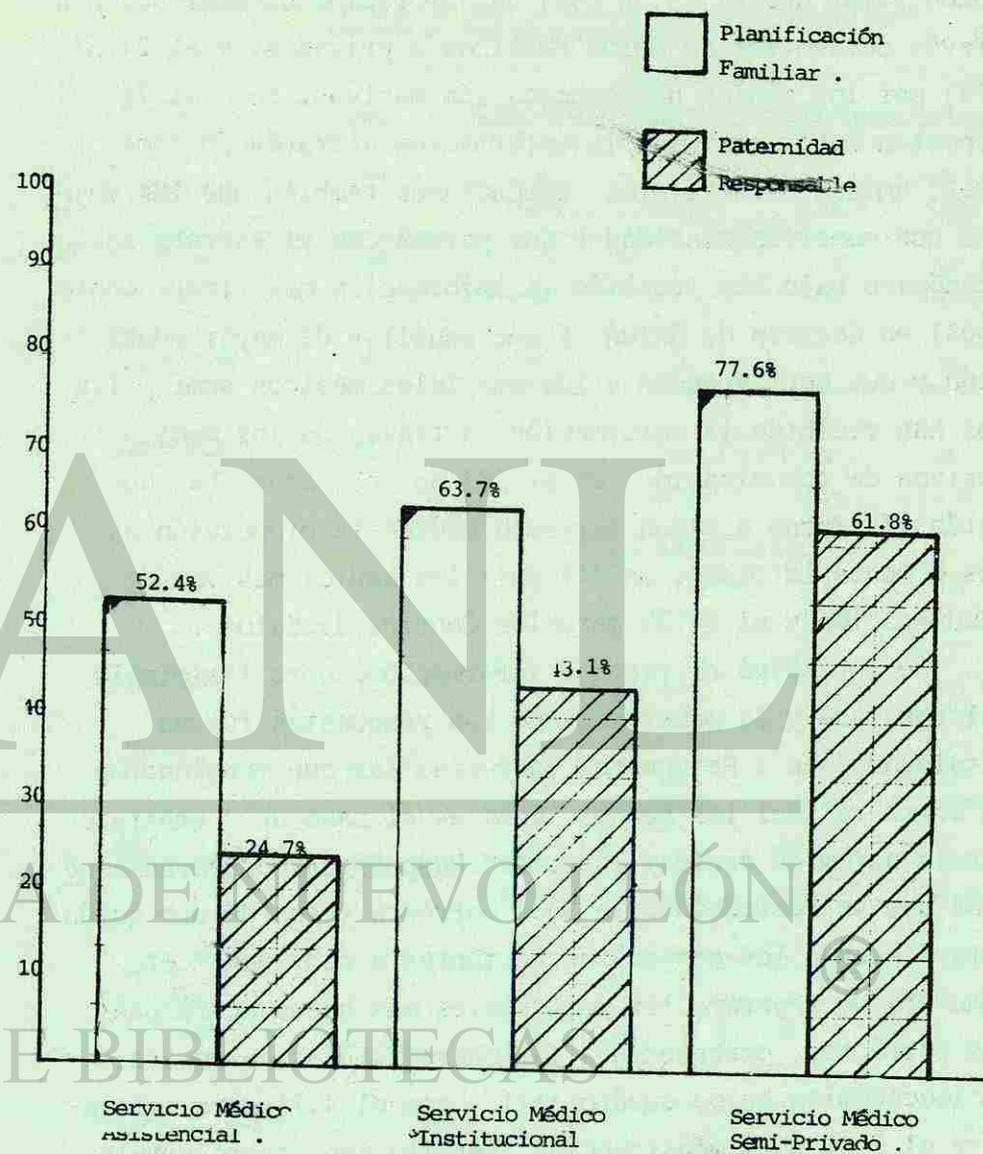
Se analizó la relación existente entre el conocimiento de planificación familiar, el lugar de entrevista y edad de la mujer encontrándose lo siguiente (Gráfica VIII). De las mujeres que pertenecen al servicio medio semi-privado el (77.6%) han recibido alguna información de planificación familiar y de las de los servicios asistenciales solamente el 52.4% .

Por lo que a edad se refiere, es conveniente señalar que la proporción de respuestas afirmativas va en aumento, desde el 51% en la mujer menor de 20 años hasta el 68% en aquéllas que llegan hasta los 34 años, empezando a descender en las mujeres de mayor edad hasta un 33% .

Gráfica VII.- Número de Mujeres según su conocimiento de Planificación Familiar y Paternidad Responsable .



Gráfica VIII.- Mujeres por el lugar de entrevista según su conocimiento de Paternidad Responsable y Planificación Familiar .



De aquellas mujeres que dieron respuestas afirmativas encontramos que el 25.3% (88) habían recibido información a través de Centros de Salud Públicos o privados, y el 21.3% (74) por los medios de comunicación masivos. Sólo el 7% reportan haber recibido la información a través de madres, amigas o familiares. Encontramos también que las mujeres con menor escolaridad y que pertenecen al estrato socioeconómico bajo han recibido la información mayoritariamente (56%) en Centros de Salud. Y que aquéllas de mayor educación y que corresponden a los servicios médicos semi-privados han recibido la información, a través de los medios masivos de comunicación en el 58% de los casos. Las que están afiliadas a algún servicio médico la proporción es más o menos la misma, un 41% para los medios masivos de comunicación y el 47.5% para los Centros de Salud.

Se investigó el tipo de información sobre fisiología del embarazo y la menstruación. Las respuestas fueron catalogadas en : Respuestas correctas las que mencionaron en forma textual los hechos, como es el caso de " embarazo por la unión de ovulo y esperma:" Respuestas populares aquellas que se acercaban a la idea correcta y son de uso común como " cuando los esposos están juntos o conviven " etc. Como era de esperar, los porcentajes más bajos de respuestas correctas, pertenecen a las entrevistadas del estrato socioeconómico bajo, cuadro XIII.- con el 4.7% para embarazo y el 2.4% para menstruación. Resulta importante señalar-

Cuadro XIII- Mujeres por el lugar de entrevista según su conocimiento sobre fisiología del embarazo y menstruación :

Lugar de Entrevista	Total	EMBARAZO				
		Respta Correcta	Ideas Popul.	Respta Incorr.	No Sabe	Ignora
Total	348	72 *(20.7%)	75 (21.6%)	4 (1.1%)	186 (53.4%)	11 (3.1%)
Serv. Med. Asistencial	170	8 **(4.7%)	27 (15.9%)	2 (1.2%)	130 (76.5%)	3 (1.8%)
Serv. Med. Institucional	102	30 (29.4%)	22 (21.6%)	1 (1.0%)	45 (44.1%)	4 (5.3%)
Serv. Med. Semi-Privado	76	34 (44.7%)	26 (34.2%)	1 (1.3%)	11 (14.5%)	4 (1.1%)
					MENSTRUACION.	
Total	348	40 (11.5%)	61 (17.5%)	5 (1.4%)	236 (67.8%)	6 (1.7%)
Serv. Med. Asistencial.	170	4 (2.4%)	12 (7.1%)	1 (.6%)	151 (88.8%)	2 (.12%)
Serv. Med. Institucional	102	19 (18.6%)	21 (20.6%)	3 (2.9%)	56 (54.9%)	3 (3.0%)
Serv. Med. Semi-Privado	76	17 (22.4%)	28 (36.8%)	1 (1.3%)	29 (38.2%)	1 (1.3%)

\* % Total

\*\* % De Ranglón.

1020123344

que el porcentaje total de respuestas correctas es más alto para embarazo que para menstruación, en un 50%, considerando los resultados totales y por estratos. El índice de respuestas incorrectas es sumamente bajo puesto que la mayoría de las entrevistadas manifestaban su desconocimiento como se puede observar en la cuarta columna. El 53.4% y el 67.8% manifestaron desconocer totalmente los procesos de embarazo y menstruación respectivamente. Este porcentaje en forma global, sin embargo lo encontramos representado en las tres categorías socioeconómicas de nuestro estudio. Quizá debido a esto el 93.7% (326) de las mujeres entrevistadas manifestaron que les gustaría recibir educación sexual.

De las mujeres que dieron una respuesta, se obtuvo la fuente de información, encontrando que es diferente para embarazo y menstruación. En cuanto a embarazo, cuadro XIV 54 mujeres que representan el 15.5% se han enterado a través de lecturas propias, un 5.7% a través de maestros y el 3.4% en centros de salud. Sólo el 2% (7) reportan haberse enterado por pláticas maternas.

En cambio, al referirnos a la menstruación cuadro XV, el 4.9% (17) reportan haber sostenido pláticas con su madre, el 6.9% (24) haber recibido la información a través de escuela y el 7.8% (27) haberse enterado por lecturas propias.

En general podemos advertir por la distribución de las respuestas, que a mayor escolaridad de la mujer, existe la-

Cuadro XIV - Mujeres por grado de escolaridad según la fuente de información sobre fisiología elemental del embarazo.

Nivel de Escolaridad	FUENTE DE INFORMACION.										
	Total	Pláticas con amigas			Pláticas con su madre			Centros de Salud			Otros
		No la conocen	7	20	7	20	12	54	3	12	Ignorado
Total	348	233 (67.0%)	7 (2.0%)	20 (5.7%)	7 (2.0%)	12 (3.4%)	54 (15.5%)	3 (.9%)	12 (3.4%)	1	
Analfabeta	21	20 (95.2%)	—	—	—	—	—	—	—	1 (4.8%)	
Manos de 6	126	115 (91.3%)	1	—	1	3	3	1	2	2	
6 Años	74	55 (74.3%)	.8	—	.8	2.4	2.4	.8	1.6	2	
de 7 a 9	56	31	2	—	2	3	9	—	2	2.7	
de 10 a 12	40	55.4	3.6	5.4	1.8	1.8	23.2	1.8	7.1	3	
Mas de 12	30	20.8	—	20.0	5.0	7.5	37.5	2.5	7.5	—	
Ignorado	1	10.0	3.3	30.0	3.3	6.7	46.7	—	—	—	

\* % Tot. Col.  
 \*\*\* Renglón .

Cuadro XVI- Mujeres por grado de escolaridad según la fuente de información sobre fisiología elemental de la menstruación.

Nivel de Escolaridad	Total	FUENTE DE INFORMACION.													
		Pláticas con su madre.		Escuela		Centros de Salud Públicos/Priv.		Otros Lugares							
		No. la conoce	%	No.	%	No.	%	No.	%						
Total	348	11	3.2	17	4.9	24	6.9	4	1.1	27	7.8	4	1.1	10	2.9
Analfabeta	21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Menos de 6	126	3	2.4	3	2.4	1	.8	2	1.6	3	2.4	1	.8	1	.8
6 Años	74	2	2.7	3	4.1	2	2.7	1	1.4	3	4.1	—	—	2	2.7
de 7 a 9 años	56	5	8.9	3	5.4	6	10.7	1	1.8	5	8.9	—	—	3	5.4
de 10 a 12	40	1	2.5	4	10.0	4	10.0	—	—	8	20.0	2	5.0	3	7.5
Más de 12	30	—	—	3	10.0	11	36.7	—	—	8	26.7	1	3.3	1	3.3
Ignorado	1	—	—	1	100.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

\* % Tot. Col.  
\*\* % Reriglón.

tendencia a buscar información por sí misma, notándose una mayor preocupación sobre los aspectos del embarazo.

La edad parece no ser una variable determinante de su grado de conocimiento ya que encontramos que los porcentajes de ignorancia oscilan entre un 82% para las menores de 20 años hasta el 100% en las mayores de 44 años.

Al solicitar su opinión sobre la existencia del problema de sobrepoblación en el mundo y en México obtuvimos lo siguiente, cuadro XVI.- el 90.5% (315) opinaron que sí existen estos problemas en el mundo. La distribución de este porcentaje es bastante homogénea tanto al considerarlo por el grado de escolaridad como por el lugar de entrevista. Sin embargo al referirnos a la existencia de este problema en nuestro país cuadro XVII.- el porcentaje de mujeres que contestaron afirmativamente baja al 79% (275), encontrándose también una distribución homogénea.

El 52.3% (182) de las entrevistadas Cuadro XVIII.- reportan no conocer ningún método abortivo. Con el 35.1% (122) están las que reportaron "inyecciones, pastillas, hierbas etc. que catalogamos como químicos y naturales, el 4.9% (17) los mecánicos, como "introducirse alambres", ganchos, agujas de tejer" etc. el 5.5% (19) los quirúrgicos que corresponden a aquellas entrevistadas que mencionaron textualmente el "legrado, o raspado". El 2.3% (8) mencionaron otros métodos como "caídas, golpes o ejercicios hechos a propósito o levantar algo muy pesado" etc.

Cuadro XVI- Mujeres por el lugar de entrevista y la escolaridad según su opinión del problema de sobre - población en el mundo .

1.- Lugar de Entrevista	O P I N I O N .		
	Si Existe	No Existe	Ignorado
Total	315 (90.5%)	30 (8.6%)	3 (.9%)
Ser.Med. Asistencial	146	22	2
Serv.Med Institucional	94	7	1
Serv.Med. Semi-Priv.	75	1	—
2.- Escolaridad	315	30	3
Total	21	—	2
Analfabeta	105	19	1
Menos de 6 años	66	7	—
de 7 a 9	53	3	—
de 10 a 12	40	—	—
Mas de 12	29	1	—
Ignorado	1	—	—

Cuadro XVII- Número de mujeres por el lugar de entrevista y el nivel de escolaridad según su opinión sobre la existencia del problema de sobre población - en México .

1.- Lugar de Entrevista	Total	O P I N I O N .		
		Si Existe	No Existe	Ignorado
Total	348	275 (79.0%)	69 (19.8%)	4 (1.1%)
Serv.Med. Asistencial	170	133	33	4
Serv. Med. Institucional	120	84	18	—
Serv. Medicos Semi-Privado.	76	58	18	—
2.- Nivel de Escolaridad .				
Total	348	275	69	4
Analfabeta	21	16	5	—
Menos de 6 a	126	97	26	3
6 Años	74	55	18	1
de 7 a 9	56	44	12	—
de 10 a 12	40	37	3	—
Mas de 12	30	26	4	—
Ignorado	1	—	1	—

Cuadro XVIII- Mujeres por lugar de entrevista, edad y escolaridad según su conocimiento de Métodos Abortivos .

1- Lugar de Entrevista	Métodos Abortivos				
	Total	Quirúrgicos y/o Naturales	Mecánicos	Quirúrgicos .	Otros Ninguno
<b>Total</b>	<b>348</b>	<b>122</b> (35.1%)	<b>17</b> (4.9%)	<b>19</b> (5.5%)	<b>8</b> (2.3%) <b>182</b> (52.3%)
<b>Serv. Med. Asistencial</b>	<b>170</b>	<b>63</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>3</b> <b>94</b>
<b>Serv. Med. Institucional</b>	<b>102</b>	<b>34</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b> <b>56</b>
<b>Serv. Med. Semi-Privado</b>	<b>76</b>	<b>25</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>2</b> <b>32</b>
<b>2- Edad</b>					
<b>Total</b>	<b>348</b>	<b>122</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>8</b> <b>182</b>
- Menos de 20	39	13	1	2	2 21
de 20-24	104	32	4	9	3 56
25-29	97	38	4	6	— 49
30-34	63	21	8	2	1 31
35-39	33	13	—	—	1 4
40-44	8	3	—	—	— 1
45-49	3	2	—	—	— 1
50 y +	1	—	—	—	—
<b>3- Escolaridad</b>					
<b>Total</b>	<b>348</b>	<b>122</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>8</b> <b>182</b>
Analfabeta	21	5	—	1	1 14
Menos de 6	126	49	4	2	1 70
6 Años	74	28	2	2	1 41
de 7 a 9	56	24	4	2	1 25
10 a 12	40	8	2	9	2 19
Más de 12	30	7	5	3	2 13
Ignorado	1	1	—	—	—

No se encontró ninguna relación entre la edad, la escolaridad o el lugar de entrevista y el conocimiento de métodos abortivos ya que la distribución en cada caso es homogénea .

#### AREA DE PRACTICA

Analizamos la relación entre el uso de anticonceptivos y las siguientes variables : Edad de la mujer, escolaridad , estado civil, práctica religiosa, actitud ante su propia fecundidad, frecuencia de relaciones sexuales, número de hijos nacidos vivos así mismo, con la edad del cónyuge, la escolaridad y el deseo del cónyuge de tener más hijos .

El 55.7% (194) de las entrevistadas no han usado ningún método anticonceptivo.

El método que alcanza un mayor porcentaje de uso son los hormonales con el 19.3% (67). Sigue el ritmo y la abstinencia con un 7.8% (27), el retiro o coitus interruptus 7.2% (25) y los métodos locales con un 6.3% (22) el dispositivo fue utilizado sólo por el 2.3% (8).

Dado que es muy alto el número de mujeres que no han usado anticonceptivos resulta difícil establecer diferencia entre las de mayor edad y las jóvenes en cuanto a su preferencia de anticonceptivos. La preferencia de los hormonales parece coincidir en la mujer de cualquier edad .

Al considerar la escolaridad de la mujer cuadro XIX.

Cuadro XIX . - Mujeres por Nivel de Instrucción según el método usado .

Nivel de Instrucción.	MÉTODOS .							
	Total	Ninguno	Retiro	Ritmo/Abst.	Locales	Hormonales	D.I.U. No. Científicos	Otros Métodos
Total	348	194 (55.7)	25 (7.2)	27 (7.8)	22 (6.3)	67 (19.3)	8 (2.3)	3 (.9)
Analfabeta	21	15 (71.4%)	3 (14.3)	—	—	2 (9.5%)	1 (4.8%)	—
Menor de 6	126	80 (63.5)	13 (10.3)	11 (8.7)	6 (4.8)	14 (11.1)	—	2 (1.6)
6 Años	74	47 (63.5)	7 (9.5)	3 (4.1)	6 (8.1)	11 (14.9)	—	—
de 7 a 9	56	29 (51.8)	—	6 (10.7)	4 (7.1)	13 (23.2)	3 (5.4)	1 (1.8)
de 10 a 12	40	17 (42.5)	—	1 (2.5)	4 (10.0)	11 (27.5)	1 (2.5)	—
12 años y más	30	6 (20.0)	1 (3.3)	—	2 (6.7)	16 (53.3)	3 (10.0)	2 (6.7)
Ignorado	1	—	—	1	—	—	—	—

\* %Tot. Col.

\*\*\* Renglón .

encontramos que los hormonales son preferidos por la - - mujer de todos los niveles educativos y que la proporción es más alta entre aquéllas de mayor escolaridad. El retiro sin embargo es preferido por las de menor escolaridad y -- que están a un nivel de primaria ya que en estos estratos ocupa desde el 9.5 hasta el 14.3% en el nivel de analfabetas. El ritmo, parece ser preferido por las mujeres con -- escolaridad de 7 a 9 y 10-12 años con un 10.7% y un 15% -- respectivamente, los métodos locales son preferidos por el 10% de las mujeres con escolaridad de 10 a 12 años. Al - -- analizar la relación entre escolaridad del cónyuge cuadro - XX: y uso de anticonceptivo podemos advertir que del total de los que usan el retiro el 68% (17) tienen una escolaridad de 6 años.

El 63% (17) de los que usan el ritmo y la abstinencia quedan comprendidos también al nivel de primaria. Mientras que el 71.7% de los que tienen esposas que usan hormonales tienen una escolaridad mayor de 6 años.

Ya que el 88% de nuestras entrevistadas están legal -- mente casadas no fue posible determinar relación alguna -- entre el estado civil y la preferencia de anticonceptivos..

La práctica religiosa tampoco parece ser una variable que determine la preferencia del anticonceptivo ya que como puede apreciarse en el cuadro XXI.- los porcentajes de -- distribución resultan muy homogéneos . Por ejemplo, las -- mujeres que usan hormonales comprenden el 20% de las que --

Cuadro XX .-

Mujeres por escolaridad del cónyuge según el anticonceptivo usado .

Nivel Escolaridad del Cónyuge	Métodos									
	Total	Ning.	Retiro	Ritmo/Abst.	Locales	Hormonales	D.I.U.	Met.No Ant.	Otros	Met.
Total	348	194	25	27	22	67	8	3	2	(.6%)
Analfabeta	32	24	2	3	3	—	—	—	—	—
Menos de 6 años	89	60	6	8	5	7	1	1	1	(1.1%)
6 años	78	46	11	6	5	9	—	—	1	(1.3%)
de 7 a 9	52	30	4	1	3	13	1	—	—	—
de 10 a 12	27	11	—	—	3	11	1	—	—	—
Más de 12	67	21	1	8	6	24	5	2	—	—
Ignorado	3	2	1	—	—	—	—	—	—	—

\* % Tot. Col.

\*\* % Renglón .

Cuadro XXI- Mujeres por su práctica religiosa según el método anticonceptivo usado.

Religiosidad	MÉTODOS									
	Total	Ninguno	Retiro	Ritmo/Abst.	Locales	Hormonales	D.I.U.	Met.No Ant.	Otros	Metodos
Total	348	194	25	27	22	67	8	3	2	(.6%)
1- Nunca	20	14	1	—	—	4	1	—	—	—
2- Semanalmente	107	54	10	12	7	23	1	—	—	—
3- Mensualmente	83	47	3	7	6	15	3	2	—	—
4- 3 a 5 veces al año	126	75	10	6	8	23	2	—	2	(1.6%)
5- Ignorado	12	4	1	2	2	1	1	1	—	—

\* % Tot. Col.

\*\* % Renglón .

nunca asisten, el 21.5% de las que asisten semanalmente, el 18.1% de las que van mensualmente y el 18.3% de aquellas que van de 3 a 5 veces al año. Si consideramos los valores por columna el mayor número de mujeres que practican el ritmo corresponde al 44.4% (12) y se encuentran en la categoría de asistencia semanal.

Parece existir cierta incongruencia entre la opinión de la entrevistada ante su propia fecundidad cuadro XXII. y la preferencia del anticonceptivo usado. Es de esperar que aquellas mujeres que consideran tener más hijos de los que desearon, usaran un método que les ofreciera mayor efectividad. Sin embargo, los resultados son muy diferentes.

De estas mujeres que tienen más hijos que los deseados, el 54% no usan ningún método, sólo el 14% usan hormonales y en el mismo porcentaje utilizan el ritmo y abstinencia. En cambio el 20.7% de las que tienen menos de los hijos deseados usan los hormonales. En general el 42% (146) de las entrevistadas, está conforme con el número de hijos que tiene, un 34.8% (121) desean más hijos y sólo el 14.4% (50) consideran que han tenido más hijos que los deseados.

Sobre el deseo del cónyuge de tener más hijos y su relación con el anticonceptivo usado, cuadro XXIII- parece existir mayor congruencia en ciertos aspectos. En general, el 37.9% (132) de los esposos no desean más hijos. Sin embargo al igual que las esposas el 50% no practican ningún método anticonceptivo. De este mismo porcentaje sólo el 15.2% (20) reportan utilizar los métodos hormonales. De los-

Cuadro XXII.- "Mujeres por la opinión ante su fecundidad según el anticonceptivo usado"

Estado Civil	Total	Método					Otros Mot.		
		Ninguno	Retiro	Ritmo/Abst	Locales	Homonales		Dispositivo Met.No.Cient.	
Total	348	194	25	27	22	67	8	3	2
		*(55.7%)	(7.2%)	(7.8%)	(6.3%)	(19.31%)	(2.3%)	(.9%)	(.6%)
1-No tiene hijos	7	4	1	—	—	2	—	—	—
		** (57.1%)	(14.3%)	—	—	(28.6%)	—	—	—
2-Hijos tenido iguales a deseados	146	80	14	11	10	26	3	1	1
		(54.8%)	(9.6%)	(7.5%)	(6.8%)	(38.8%)	(2.1%)	(.7%)	(.7%)
3-Mas deseados	50	27	3	7	5	7	1	—	—
		(54.0%)	(6.0%)	(14.0)	(10.0%)	(14.0%)	(12.5%)	—	—
4- Menos de los deseados	121	69	5	9	6	25	4	2	1
		(57.0%)	(4.1%)	(7.4%)	(5.0%)	(20.7%)	(3.3%)	(1.7%)	(.8%)
5- Ignorado	24	14	2	—	1	7	—	—	—
		(58.3%)	(8.3%)	—	(4.2%)	(29.2%)	—	—	—

\* % Tot. Col.  
\*\* % Región

Cuadro XXIII . - Mujeres por el deseo del cónyuge de tener mas hijos según el anticonceptivo usado .

Deseo del Cónyuge	Anticonceptivos Usado						
	Total	Ninguno	Retiro	Ritmo	Abst. Locales	Hormonales	D.I.U. Met.No Ant . Otros Metodos
Total	348	194	25	27	22	67	3
Ninguno o más	132	* (55.7%)	(7.2%)	(7.8%)	(6.3%)	(19.3%)	(.9%)
Un hijo más	43	** (50.0%)	(10.6%)	(10.6%)	(9.8%)	(15.2%)	(.8%)
de 2 a 4 más	88	(44.2%)	(2.3%)	(7.0%)	(4.7%)	(32.6%)	(2.3%)
desea + de 4	17	(55.7%)	(3.4%)	(5.7%)	(6.8%)	(23.9%)	(3.4%)
No lo sabe	57	(82.4%)	—	(11.8%)	—	(5.9%)	—
Ignorado	11	(68.4%)	(12.3%)	(3.5%)	(1.8%)	(14.0%)	—
		(63.6%)	(9.1%)	—	—	(27.3%)	—

\*%tot. Col.

\*\*% Renglón .

que desean un hijo más que corresponden al 12.4% (43) el 32.6% (14) usan métodos hormonales, esta relación si parece ser congruente, ya que usan un método que ofrece un buen índice de efectividad. También es evidente, la relación proporcional entre las parejas que desean más hijos y el número que no usan anticonceptivos .

Al analizar la frecuencia de relaciones sexuales encontramos que el 43.1% (150) reportan una frecuencia de una o dos veces por semana. El 27% (94) tres o más veces por semana, el 18.7% (65) dos o 3 veces por mes y el 9.8% (34) mensual. Los porcentajes de distribución resultan muy homogéneos por lo que no es posible establecer preferencias anticonceptivas .

No parece evidente una relación en el número de hijos-nacidos vivos y los anticonceptivos usados, cuadro XXIV. La proporción de mujeres que no han utilizado ningún método independientemente del número de hijos es muy elevada y oscila desde el 64.9% para nulípara hasta el 64.7% para la gran múltipara que tiene 10 y más hijos .

Encontramos que de las 93 mujeres que reportaron haber tenido abortos, 15 de ellas que representan el 16.1% de este grupo y el 4.3% del total de entrevistadas, practica- ron el aborto de una a 3 veces. Sus motivos para la aceptación del aborto fueron, en 6 casos el 40% por tener demasiados hijos, en 5 casos el 33.3% por problemas conyugales, en 2 casos el 13.3% por motivos de salud y en los 2 casos restantes, se ignoran las causas. De estas 15 mujeres, tres

Cuadro XXIV- Mujeres por hijos nacidos vivos según el método anticonceptivo usado .

Hijos Nacidos vivos .	MÉTODOS .								
	Total	Ninguno	Retiro	Ritmo/Abst.	Locales	Hormonales	D.I.U.	No.Cient	Otros Métodos
Total	348	194	25	27	22	67	8	3	2
		*(55.7)	(7.2)	(7.8)	(6.3)	(19.3)	2.3	.9	.6
0- Ninguno	37	24	1	2	—	10	—	—	—
		** (64.9)	(2.7)	(5.4)	—	(27.0)	—	—	—
1- de 1 a	173	100	6	14	13	32	5	3	—
		(57.8)	(3.5)	(8.1)	(7.5)	(18.5)	(2.9)	(1.7)	—
2- de 4 a 6	81	37	10	6	6	19	2	—	1
		(45.7)	(12.3)	(7.4)	(7.4)	(23.5)	(2.5)	—	(1.2)
3- de 7 a 9	40	22	7	3	2	4	1	—	1
		(55.0)	(17.5)	(7.5)	(5.0)	(10.0)	(2.5)	—	(2.5)
4- 10 y más	17	11	1	2	1	2	—	—	—
		(64.7)	(5.9)	(11.8)	(5.9)	(11.8)	—	—	—

\* % Tot. Col

\*\* % Renglón

tienen de 1 a 3 hijos, y en número de 4, tienen de 4 a 6 - - de 7 a 9 hijos y 10 y más hijos . Es importante señalar que frecuentemente resulta difícil obtener este tipo de información y no dudamos que sea mayor el número de mujeres que han practicado el aborto pero lo ocultan .

De las 194 mujeres que reportan no usar anticonceptivos, obtuvimos en 183 de ellas los motivos de su actitud -- cuadro XXV.- observando los siguientes datos. El motivo -- principal que comprende 80 casos y ocupa un 43.7% es el -- desconocimiento o ignorancia de los métodos. El siguiente -- motivo en orden de importancia es que 40 mujeres el 21.8% -- esperaban en el momento de su entrevista el primer hijo. Y -- 29 casos el 15.8% con otros motivos que incluían, " no lo -- había pensado ", "por decidía ", " tengo poco de casada " -- " no se nos ocurrió " etc.

Al analizar sus motivos por el nivel de escolaridad, -- encontramos como era de esperar, que a menor escolaridad hay un mayor grado de desconocimiento. Igualmente se observa que en los niveles médico asistencial e institucional, es donde predomina esta situación. Es importante señalar que los -- motivos religiosos comprendieron sólo , el 2.1% .

#### AREA DE ACTITUD :

Este apartado comprende la actitud de las entrevistadas -- respecto a algunas variables que están relacionadas con los -- patrones de fecundidad. Las variables relacionadas con el -- número de hijos de una pareja son : el número ideal de --



Cuadro XXVI.- Número de Mujeres por el nivel educativo según el # ideal de hijos .

Nivel de Escolaridad	Número Ideal de Hijos					Ignorado
	Ninguno	Uno o Dos	3 o 4	5 y más	Los que Dios quiera	
Total	4	46	209	69	8	12
Analfabeta	—	2	9	5	2	3
Menos de 6	2	15	67	36	5	1
6 Años	1	8	46	15	1	3
de 7 a 9	—	9	38	8	—	1
de 10 a 12	—	8	27	4	—	1
Más de 12	1	4	22	1	—	2
Ignorado	—	—	—	—	—	1
						100.0

	(1.1%)	(13.2%)	(60.1%)	(19.8%)	(2.3%)	(3.4%)
	*	(9.5%)	(42.9)	(23.8)	(9.5)	(14.3)
	**	(11.9)	(53.2)	(28.6)	(4.0)	(.8)
	(1.4)	(10.8)	(62.2)	(20.3)	(1.4)	(4.1)
	(16.1)	(67.9)	(14.3)			(1.8)
	(20.0)	(67.5)	(10.0)			(2.5)
	(3.3)	(13.3)	(73.3)	(3.3)		(6.7)

\* % Tot. Col.  
\*\* % Renglón .

hijos mínimo, ya que la mayor proporción de éstas se encuentra entre las que poseen menor escolaridad. En contra de lo esperado, solo un 2.3% (8) de las entrevistadas toman la actitud de " Los que Dios quiera " y por supuesto, corresponden a los niveles de menor escolaridad.

Considerando los niveles de asistencia médica, cuadro XXVII.- encontramos que las mujeres que piensan en uno o dos hijos ocupan aproximadamente el 13.4% de cada estrato, cuyos valores límites son 12.4% mínimo para el nivel asistencial y el 14.7% máximo para el servicio médico institucional. Al mismo tiempo resulta de importancia señalar, que un porcentaje bastante alto del 10.5% de las mujeres que en nuestro estudio corresponden al nivel socioeconómico más alto, están pensando que el número ideal de hijos es de 5 y más .

La edad al primer matrimonio, parece estar relacionada con el número ideal de hijos, cuadro XXVIII.- de las 8 mujeres que declararon los que Dios mande; siete se casaron antes de los 20 años. De las que opinaron que 5 y más, la mayor proporción se encuentra entre las menores de 24 años.- El 82.6% de las mujeres que se casaron entre los 25-29 años conciden en considerar 3 o 4 hijos como el número ideal.

El número de parejas que han hablado respecto los hijos que desean tener es muy alto y ocupa el 77.9% (271). Se observó que a mayor nivel educativo de la mujer, es mayor la proporción que se cuestionan sobre el tema. De las mujeres analfabetas el 66.7% dieron respuestas afirmativas ascendiendo al 93.3% de las que poseen más de 12 años de escolaridad.

Cuadro XXVII.- Mujeres por el lugar de entrevista según el # ideal de hijos .

Lugar de Entrevista	Número Ideal de Hijos .					Ignorado
	Ninguno	Uno o Dos	3 o 4	5 y más	Los que Dios mande	
Total	4	46	209	69	8	12
	(1.1%)	(13.2%)	(60.1%)	(19.8%)	(2.3%)	(3.4%)
Serv. Med. Asistencial	1	21	96	41	7	4
	(.6%)	(12.4%)	(56.5%)	(24.1%)	(4.1%)	(2.4%)
Serv. Med. Institucional	3	15	59	20	1	4
	(2.9%)	(14.7%)	(57.8%)	(19.6%)	(1.0%)	(3.9%)
Serv. Med. Semi-Privado	—	10	54	8	—	4
	—	(13.2%)	(71.1%)	(10.5%)	—	(5.3%)

Cuadro XXVIII.- Mujeres por la edad al primer matrimonio según su opinión sobre el # ideal de hijos .

Edad al 1er. Matrimonio	Número Ideal de Hijos					Ignorado
	Ninguno	1 o 2	3 o 4	5 y más	Los que Dios quiera .	
Total	4	46	209	69	8	12
	(1.1%)	(13.2%)	(60.1%)	(19.8%)	(2.3%)	(3.4%)
1- Menos de 15	—	1	8	7	3	—
	—	(5.3%)	(42.1%)	(36.8%)	(15.8%)	—
2- de 15-19	3	23	98	40	4	8
	(1.7%)	(13.1%)	(55.7%)	(22.7%)	(2.3%)	(4.5%)
3- de 20-24	—	18	72	20	1	4
	—	(15.7%)	(62.6%)	(17.4%)	(.9%)	(3.5%)
4- de 25-29	—	3	19	1	—	—
	—	(13.0%)	(82.6%)	(4.3%)	—	—
5- 30 y más	1	1	9	1	—	—
	(8.3%)	(8.3%)	(75.0%)	(8.3%)	—	—
Ignorado	—	—	3	—	—	—

El 75.86% (264) de nuestras entrevistadas estuvieron de acuerdo en espaciar el nacimiento de los hijos, cuadro XXIX.- de este grupo el 48.4% (128) nos refieren una mejor atención para los hijos, un 25% (66), hicieron referencia a un mayor bienestar para la madre; pues así no se ve tan presionada por los quehaceres domésticos. Los motivos económicos, ocupan sólo un 8%, y solo 4 mujeres el (1.5%) mencionaron la posibilidad de dar una mejor educación a sus hijos. De las 84 mujeres que no estuvieron de acuerdo en espaciar el nacimiento de los hijos; el 42.8% (36) incluyó a aquellas mujeres que están conformes en la forma en que habían tenido sus hijos y no consideraban que era necesario espaciar. El 30.9% esperaban o tenían solamente un hijo. Solamente un caso ofreció motivos de tipo religioso afirmando que " Dios sabía cuando y cuantos hijos le mandaba " . Cuatro mujeres declararon motivos que fueron clasificados como culturales, por ejemplo " que nadie de sus conocidos espaciaba", " lo normal es que venían solos " etc. Un 16.6% (14) declararon respuestas como " no lo he pensado ", " no creo que sea necesario", " porque el marido o sus familiares no creían que sea conveniente " etc. Estas respuestas fueron consideradas como otros motivos .

En relación a los motivos para espaciar y no espaciar; no encontramos diferencias significativas entre el nivel educativo de las mujeres, o su ocupación o el lugar de entrevista. Los porcentajes más elevados de ambos conceptos como la atención de los hijos y el estar conforme como los-

Cuadro XXIX - Número de Mujeres por el lugar de entrevista según los motivos para espaciar el nacimiento de los hijos .

Lugar de Entrevista	Motivos Para Espaciar .						
	Total	Salud	Educación	Mejor Atención	Economicos	Bienestar Madre	Otros
Total	264	17 (6.4%)	4 (1.5%)	128 (48.4%)	21 (7.9%)	66 (25.0%)	28 (10.6%)
1- Serv. Med. Asistencial	142	12 (8.4%)	2 (1.4%)	64 (45.0%)	11 (7.7%)	39 (27.4%)	14 (9.8%)
2- Serv. Med. Institucional	74	1 (1.3%)	—	39 (52.7%)	5 (6.7%)	18 (24.3%)	11 (14.8%)
3- Serv. Med. Semi-Privado.	48	4 (8.3%)	2 (4.1%)	25 (52.0%)	5 (10.4%)	9 (18.7%)	3 (6.2%)

\* % Tot. Col.

\*\* % Renglón.

ha tenido, se encuentran distribuidos uniformemente en los diferentes estratos .

Se analizó las ventajas de una familia de más de 5 hijos y las desventajas de tener solamente 3 hijos. Respecto a la primera, el 65.8% (229) no encontró ninguna ventaja - el 12.4% (43) reportan aspectos de tipo culturales como " es muy bonito una familia grande " " Así los padres no se quedan solos" a fuerza uno me sale bueno " etc. El 10.3% (36) no supieron explicarnos y contestaron " no se ". El 6% (21) se refirieron a motivos de tipo económico, como son el que los " padres pueden contar con más ayuda, pues los hijos trabajan. Se ayuda a sostener los más chicos " etc.

Las desventajas de tener tres hijos se presentan en el cuadro XXX.- El 73.3% (255) no encuentran ninguna desventaja, aquí el porcentaje es superior en un 8% a la opinión de ninguna ventaja para la familia de 5 hijos. Es importante hacer notar, que la proporción por estrato va en aumento desde el servicio asistencial, con un 70.6% al semi-privado con un (84.2%). Los motivos económicos ocupan un 4% (14) y , todos hicieron referencia a un menor ingreso familiar. Como era de esperar, en el nivel socio-económico más alto de nuestro estudio, no se dió ninguna respuesta de este tipo . Los prejuicios culturales como " Los hijos se van pronto y se " quedan los padres solos", ocupan el 6.3% (22). Sólo se reportó un caso de tipo religioso; el (5.8%) 18 dieron otros motivos y el 10.9% (38) no supieron contestar. Es curioso, que también este porcentaje coincida con el 10.3%

Cuadro XXX.- Número de mujeres por el lugar de entrevista según las desventajas de una familia de 3 hijos

Lugar de Entrevista	Total	Ninguna	Desventajas de tener 3 hijos					Otros	Nos sabe
			Disminución del ingreso fam.	Prejuicios Culturales	Religiosas	Religiosas	Religiosas		
Total	348	255 (73.3%)	14 (4.0%)	22 (6.3%)	1 (.3%)	18 (5.8%)	38 (10.9%)		
1-Ser.Med Asistencial	170	120 (70.6%)	10 (5.9%)	6 (3.5%)	1 (.6%)	9 (5.3%)	24 (14.1%)		
2-Ser.Med. Institucional	102	71 (69.6%)	4 (3.9%)	8 (7.8%)	—	7 (6.9%)	12 (11.8%)		
3- Ser.Med Semi-Privado	76	64 (84.2%)	—	8 (10.5%)	—	2 (2.6%)	2 (2.6%)		

\* % tot. Col.

\*\* % Renglón .

que dieron la misma respuesta para las ventajas de más de 5 hijos .

Un dato muy interesante es en el que se establece la relación entre el tamaño de la familia paterna y la propia familia de las parejas entrevistadas cuadro XXXI.- y XXXII.- Estableciendo una comparación entre las respuestas femeninas y masculinas encontramos que el 72.4% (252) de las mujeres, desean menos hijos que sus padres, en cambio sólo él 55.2% (192) de varones, opinan lo mismo. Igualmente parece que la mujer está mucho más consciente de la importancia de esta cuestión, pues sólo una permaneció indiferente; mientras que los varones fueron doce. Así mismo, el 12.1% (42) de los varones contestaron " no saber ", a diferencia del 3.4% (12) de las mujeres. El porcentaje de varones que desean tener el mismo número de hijos que sus padres tuvieron; es mayor, y comprende el 19.5% (68), mientras que en las mujeres sólo ocupa el 15.5% (54). Al analizar ambos cuadros, vemos que de los hombres y mujeres que sus padres tuvieron de 1 a 4 hijos sólo el 30% desean tener los mismos hijos. Esta relación es la única en que coinciden . A partir de ahí se ve una marcada tendencia de la mujer a tener menos hijos, entre mayor es el número de su familia paterna. Esto se puede apreciar en la proporción establecida en la columna " menos que sus padres " donde el 87.1% (74) de las mujeres con más de 9 hermanos desean menor familia. En relación con el 73.1% (57) de los varones en las mismas condiciones.

La opinión sobre el tiempo que debe transcurrir entre -

Cuadro XXXI- Relación entre el tamaño de la familia paterna de la entrevistada y el tamaño deseado para la propia familia

No. hijos de la Fam Paterna	Tamaño de la Propia Familia			Mas que sus padres	No sabe Ig .
	Total	Indiferente	Igual que sus padres		
Total	348	1	54	252	12
1- Hijo único	10	* (.3%)	(15.5%)	(72.4%)	7
2- de 1 a 4	90	1	1	3	—
3- de 5 a 8	163	**(-1.1%)	(10.0%)	(30.0%)	1
4- 9 y más	85	—	27	37	9
5- Ignorado	—	—	20	138	2
			6	(84.7%)	3
			(7.1%)	(87.1%)	3

\* % Tot. Col.  
\*\* % Renglón .

Cuadro XXXII- Esposos, según el tamaño de su familia, paterna por el tamaño deseado para su propia familia. ( VAR 027 By VAR 075 ).

No. Hijos de la Fam. Paterna	Tamaño de la Propia Familia		
	Indiferente	Igual que sus padres	Menos que sus padres
Total	348	192	42
1- Hijo único	12 (3.4%)	68 (19.5%)	15 (4.3%)
2- De 1 a 4	2 (1.9%)	41 (39.4%)	3 (33.3%)
3- De 5 a 8	10 (6.5%)	27 (17.4%)	12 (11.5%)
4- 9 y más	—	9 (11.5%)	15 (9.7%)
5- Ignorado	2	57 (73.1%)	10 (12.8%)
			2 (100.0)

cada embarazo no presenta grandes contrastes. El 45.7% (159) opinan que deben transcurrir más de tres años. El 37.9% (132) opinan que de dos a menos de 3 años. En cuadro XXXIII. - podemos observar que entre mayor es el número de hijos, es más alta proporción de mujeres que opinan que debe pasar 3 años y más entre cada embarazo. Los porcentajes, van desde el 41% para la mujer de 1 a 3 hijos, hasta el 58.8% para la que tiene más de 10 hijos. Igualmente encontramos relación directa entre esta variable y la edad de la mujer. El 51.2% (105) de las mujeres mayores de 25 años opinan que deben transcurrir como mínimo tres años entre cada embarazo.

La opinión ante la propia fecundidad de nuestras entrevistadas, fue analizada de acuerdo a su escolaridad, edad, tipo de Servicio Médico y número de hijos nacidos vivos. De éstas, el número de hijos nacidos vivos, parece determinar directamente su opinión cuadro XXXIV.- En forma general el 42.0% (146) reporta estar satisfecha con su fecundidad, incluyéndose aquí el 30% (12) mujeres con más de 10 hijos. El 34.8% (121) reporta tener menos de los deseados y solo un 14.4% (50) opina que ha tenido más de los hijos deseados. Es interesante el hecho de que el 53.2% (92) de las 173 mujeres que tienen de uno a 3 hijos opinen que tienen menos de los hijos deseados. El 71.6% (58) de las mujeres que han tenido de 4 a 6 hijos opinan tener el mismo número de hijos que desearon tener. Esto nos

Cuadro XXXIII.-

Mujeres por hijos nacidos vivos, según su opinión sobre el tiempo que debe transcurrir entre cada embarazo .

Hijos nacidos vivos.	Tiempo que debe transcurrir						
	Total	Menos de 1 año	de 1a-2	de 2a-3	3 años y +	No sabe	Ignorado
Total	348	7	44	132	159	2	4
		*(2.0%)	(12.6%)	(37.9%)	(45.7%)	(.6%)	(1.2%)
0- Ninguno	37	2	11	15	9	—	—
		** (5.4%)	(29.7%)	(40.5%)	(24.3%)	—	—
1-de 1 a 3	173	3	21	76	71	1	1
		(1.7)	(12.1%)	(43.9%)	(41.0%)	(.6%)	(.6%)
2-de 4 a 6	81	2	5	24	47	1	2
		(2.5%)	(6.2%)	(29.6%)	(58.0%)	(1.2%)	(2.5%)
3-de 7 a 9	40	—	5	12	22	—	1
		—	(12.5%)	(30.0%)	(55.0%)	—	(2.5%)
4-de 10 y +	17	—	2	5	10	—	—
		—	(11.8%)	(29.4%)	(58.8%)	—	—
5- Ignorado	—	—	—	—	—	—	—

\* % Tot.Col.-

\*\* % Renglón.

Cuadro XXXIV.- Mujeres por el número de hijos vivos según la opinión ante su propia fecundidad .

Número de hijos nacidos	Opinión ante su Propia Fecundidad					
	Total	No tiene hijos	Hijos tenido-a deseados	Mas/Deseados	Menos/Deseados	Ignorado
Total	348	7	146	50	121	24
		*(2.0%)	(42.0%)	(14.4%)	(34.8%)	(6.9%)
1- Ninguno	37	6	3	1	16	11
		** (16.2%)	(8.1%)	(2.7%)	(43.2%)	(29.7%)
2- de 1 a 3	173	—	69	6	92	6
		—	(39.9%)	(3.5%)	(53.2%)	(3.5%)
3- de 4 a 6	81	—	58	12	9	2
		—	(71.6%)	(14.8%)	(11.1%)	(2.5%)
4- de 7 a 9	40	—	12	19	4	5
		(2.5%)	(30.0%)	(47.5%)	(10.0%)	(12.5%)
5- de 10 y más	17	—	4	12	—	1
		—	(23.5%)	(70.6%)	—	(5.9%)

\* % Tot. Col.

\*\* % Renglón .

indica que en realidad el tamaño ideal de la familia en nuestras encuestadas, es todavía muy alto ya que se sitúa en un mínimo de 4 hijos. También es importante notar que sólo hasta que se tienen 7 hijos empieza a ascender la proporción de mujeres que opinan tener más de los hijos deseados.

El deseo de tener más hijos, nos permitió corroborar y verificar la opinión anterior un 45.7% (159) opinaron no desear más hijos cuadro XXXV.-, este porcentaje supera en un 3.7% a las mujeres que opinaron encontrarse satisfechas con su fecundidad. Se puede observar que de las mujeres que tienen de 4 a 6 hijos, el mismo 71.6% que opinan haber tenido los hijos deseados ya no desean ningún hijo más. Sin embargo, de las mujeres que tienen de 1 a 3 hijos solamente el 28.9% (50) no desean ningún hijo más. Este hace una diferencia de un 11% en relación con las mismas mujeres que opinaron tener los hijos deseados. También se confirma lo encontrado anteriormente, la proporción aumenta considerablemente en las mujeres con más de 7 hijos. Así mismo es muy alto el 30.7% (107) de mujeres que desean de 2 a 4 hijos más. Este mismo dato se obtuvo en los varones cuadro XXXVI.- Aquí se puede observar que éstos en general desean tener más hijos que sus esposas, ya que sólo el 37.9% (132) no desean tener más hijos. Igualmente es interesante que el 16.4% (57) que no supieron opinar, en relación al 3.4% de las mujeres.

Cuadro XXXV - Mujeres por el número de hijos nacidos vivos según su deseo de tener más hijos.

Hijos Nacidos Vivos	Deseo de Tener más hijos						
	Total	Ninguno	Desea 1 más	Desea de 2 a 4	Desea más de 4	No sabe	Ignorado
Total	348	159 (45.7)	60 (17.2)	107 (30.7)	7 (2.0)	12 (3.4)	3 (.9)
0- Ninguno	37	—	6 (16.2)	28 (75.7)	1 (2.7)	1 (2.7)	1 (2.7)
1- De 1 a 3	173	50 (28.9)	44 (25.4)	67 (38.7)	5 (2.9)	7 (4.0)	—
2- De 4 a 6	81	58 (71.6)	8 (9.9)	10 (12.3)	—	3 (3.7)	2 (2.5)
3- De 7 a 9+	40	35 (87.5)	1 (2.5)	2 (5.0)	1 (2.5)	1 (2.5)	—
4- 10 y Más	17	16 (94.1)	1 (5.9)	—	—	—	—
5- Ignorado	—	—	—	—	—	—	—

Cuadro XXXVII- Número de Cónyuges por el número de hijos nacidos vivos según su deseo de tener más hijos .

Hijos Nacidos Vivos .	Deseo de tener más hijos .					
	Total	Ninguno más	Un hijo más	Más de 2 a 4	No lo sabe	Ignorado
Total	348	132	43	88	17	11
0- Ninguno	37	1	5	24	3	1
1- De 1 a 3	173	40	32	59	8	4
2- De 4 a 6	81	51	3	5	4	4
3- de 7 1 9	40	26	1	—	2	1
4- 10 y más	17	14	2	—	—	1
		(37.9)	(12.4)	(25.3)	(4.9)	(3.2)
		(2.7)	(13.5)	(64.9)	(8.1)	(2.7)
		(23.1)	(18.5)	(34.1)	(4.6)	(2.3)
		(63.0)	(3.7)	(6.2)	(4.9)	(4.9)
		(65.0)	(2.5)	—	(5.0)	(2.5)
		(82.4)	(11.8)	—	—	(5.9)

Respecto a la preferencia de sexo, se planteó a las entrevistadas la siguiente situación hipotética: de que si tuvieran ya tres hijos de un solo sexo, seguirían teniendo hijos para llegar a tener uno, con el sexo opuesto. La respuesta a esta pregunta, considerada con la variable escolaridad de la mujer, se encuentra en el cuadro XXXVII. En éste, podemos observar que el (63.5%) 221 opinaron que no seguirían teniendo. La proporción de mujeres que opinaron así, aumenta con el nivel de escolaridad. Aunque también se debe considerar que el 30.2% (105) que seguirían teniendo hijos, es muy alto. Y resulta paradójico el 32.5% (13) de las mujeres de 10 y 12 años de escolaridad que sí seguirían teniendo .

Como era de esperar, el tener hijos y un hogar constituyó la principal expectativa al contraer matrimonio en el 64.7% (225) . Un 12.4% (43) se refirieron al afecto y comprensión entre la pareja. De éstas, la mayor proporción el 28% corresponden a aquellas mujeres con escolaridad superior a los 12 años. El 4.3% (15) mencionaron la seguridad económica.

Se investigó la opinión de la entrevistada, sobre la realización de sus propias expectativas. Las respuestas fueron clasificadas como : totalmente, parcialmente, nada , indecisa o no lo sabe. Los porcentajes se distribuyeron en la forma siguiente : el 58.3% (203) opinaron que sus expectativas estaban totalmente satisfechas, un 31.3% (109) opinaron que solo parcialmente y un 5.7% (20) consideraron-

Cuadro XXXVII .-

Mujeres por el nivel de escolaridad según su opinión sobre la búsqueda del hijo con el sexo deseado después de tener 3 descendientes

Escolaridad	O P I N I O N .				
	Total	Si seguiría teniendo	No seguiría teniendo	No lo sabe	Ignorado
Total	348	105 (30.2)	221 (63.5)	6 (1.7)	16 (4.6)
0- Analfabeta	21	6 (28.6)	14 (66.7)	—	1 (4.8)
1- Menos de 6	126	46 (36.5)	73 (57.9)	2 (1.6)	5 (4.0)
2- 6 años	74	27 (36.5)	38 (51.4)	4 (5.4)	5 (6.7)
3- de 7 a 9	56	7 (12.5)	46 (82.1)	—	3 (5.4)
4- De 10 a 12	40	13 (32.5)	25 (62.5)	—	2 (5.0)
5- Más de 12	30	6 (20.0)	24 (80.0)	—	—
6- Ignorado	1	—	1	—	—

que sus expectativas no se habían realizado en ningún grado. Sólo tres mujeres no pudieron encontrar respuesta a nuestra pregunta.

Para el 49.1% (171) de ellas, los hijos se consideran como el factor principal de satisfacción en la vida marital, cuadro XXXVIII.- Esta opinión, resulta independiente de la edad, escolaridad e inclusive el número de hijos, tanto para las que han tenido o esperan el primero, como las que han tenido más de 10 hijos. Para el 28.4% (99) el afecto y comprensión del cónyuge constituye el factor principal, encontrándose que de las mujeres que opinaron así, el 44.4% (44) tienen de uno a 3 hijos. Solo el 3.7% (13) hicieron referencia al bienestar material.

Finalmente, el 95.7% (333) de las entrevistadas, opinan que la planificación familiar es conveniente, independientemente a su grado de escolaridad ya que el 95.7% de las analfabetas y el 100% de las que poseen una escolaridad superior a los 12 años opinan así .

Cuadro XXXVIII-Mujeres por el número de hijos nacidos vivos y escolaridad según los factores que han determinado la satisfacción en su vida marital .

No. de hijos Nacidos vivos	Satisfacción de la Vida Marital .					
	Total	Los hijos	Afecto y com- del esposo .	Bien/Mat.	Otros	No Sabe
Total	348	171 *(49.1%)	99 (28.4%)	13 (3.7%)	48 (13.8%)	17 (4.9%)
0-Ninguno	37	12 (32.4%)	16 (43.2%)	1 (2.7%)	8 (21.6%)	—
1-de 1 a 3	173	90 (52.0%)	44 (25.4%)	8 (4.6%)	23 (13.3%)	8 (4.6%)
2-de 4 a 6	81	40 (49.4%)	26 (32.1%)	1 (1.2%)	11 (13.6%)	3 (3.7%)
3-de 7 a 9	40	22 (55.0%)	9 (22.5%)	1 (2.5%)	3 (7.5%)	5 (12.5%)
4-10 y más	17	7 (41.2%)	4 (23.5%)	2 (11.8%)	3 (17.6%)	1 (5.9%)
<u>Escolaridad</u>						
Total	348	171 **(49.1%)	99 (28.4%)	13 (3.7%)	48 (13.8%)	17 (4.9%)
0-Analfabeta	21	12 (57.1%)	2 (9.5%)	1 (4.8%)	5 (23.8%)	1 (4.8%)
1-Menos de 6	126	58 (46.0%)	34 (27.0%)	4 (3.2%)	20 (15.9%)	10 (7.9%)
2- 6 años	74	44 (59.5%)	18 (24.3%)	1 (1.4%)	8 (10.8%)	3 (4.1%)
3- de 7 a 9	56	22 (39.3%)	20 (35.7%)	6 (10.7%)	8 (14.3%)	—
4- de 10 a 12	40	19 (47.5%)	16 (40.0%)	1 (2.5%)	4 (10.0%)	—
5- 12 y más	30	16 (53.3%)	8 (26.7%)	—	3 (10.0%)	3 (10.0%)
6- Ignorado	1	—	1	—	—	—

## D I S C U S I O N

De acuerdo con el análisis efectuado, podemos considerar que las observaciones planteadas al inicio de nuestro trabajo, han sido confirmadas a nivel de la población encuestada. Además de dichas observaciones, los datos, nos aportan interesantes relaciones que deberán ser sujetas a comprobación posterior. Los diferentes niveles de asistencia médica, nos permitieron recopilar la información en personas de diferentes estratos socioeconómicos y culturales. El nivel socioeconómico más bajo quedó representado por las parejas del servicio asistencial; el medio, por el servicio institucional y el alto, por el servicio semi-privado.

La opinión sobre el número ideal de hijos para el 60% de las encuestadas está entre tres y cuatro hijos. Sin embargo, obtuvimos algunos otros datos que nos llevan a pensar que esta opinión no es muy consistente. Por ejemplo, el 72% de las mujeres con cuatro y seis hijos, opinan tener el número de hijos que desearon tener y por lo mismo no desean tener más hijos. Igualmente, se apreció que la proporción de mujeres que opinaron tener más de los hijos deseados, empieza a aumentar considerablemente hasta que se tienen siete hijos.

Entre las variables que parecen afectar más directamente esta opinión, está el nivel de escolaridad y la edad al matrimonio. A mayor escolaridad y más tarde se efectúe el

matrimonio, es mayor la proporción de mujeres que piensan en un número menor de hijos. Es importante señalar dos hechos más: primero, que es muy reducido el porcentaje de entrevistadas que piensan en uno o dos hijos, ya que sólo comprendió el 13% global y por estrato socioeconómico; segundo, que el 10.5% de las mujeres del estrato socioeconómico más alto de nuestro estudio, opinó que un mínimo de cinco hijos es lo ideal.

De igual trascendencia, resulta la relación que existe entre el número de hijos de la familia paterna, con el número de descendientes que las parejas desean. Se apreció una marcada diferencia entre el consenso femenino y el masculino que nos refleja que para la mujer, esta relación es de mayor importancia. Así tenemos que las personas que manifestaron ser indiferentes, fue solamente una mujer y doce hombres. También el 12% de los varones y el 3% de las mujeres declararon "no saber" o "no haber pensado en esto". Así mismo, la proporción de mujeres que desean tener menos hijos que sus padres es mayor en un 23%; acentuándose marcadamente, en la medida que el número de la familia paterna es mayor, como sucede en las parejas con más de 9 hermanos, en donde el 14% más de mujeres desean tener menos hijos. Igualmente el 8% más de mujeres no desean ningún hijo más. Y el 12% más de varones no supieron opinar sobre su propia fecundidad.

También nos inclinamos a pensar que existe una rela - -

ción directa entre el sexo de los hijos y el tamaño de la familia. El 30% de las mujeres entrevistadas, opinaron que ante la situación hipotética, de tener tres hijos con el mismo sexo, seguirían teniendo más hijos, buscando la posibilidad de tener el hijo con el sexo deseado.

El 61% reportan conocer la planificación familiar, sin embargo solo el 44.3% han practicado la anticoncepción. Los medios de comunicación masivos como prensa, radio y televisión fueron la fuente informativa principal para las mujeres de estrato socioeconómico más alto. Mientras que para aquellas del nivel socioeconómico bajo, la información fue recibida en centros de salud. Quizá esto, se deba a los programas de planificación familiar que se llevan a cabo por diversas dependencias oficiales.

Como se había pensado, el motivo principal para no usar anticonceptivos fue el desconocimiento de los mismos. En un 44%, encontrándose en relación inversa con el nivel de escolaridad. De las mujeres pertenecientes al estrato socioeconómico más alto, el motivo para el 55% de ellas fue el hecho de estar en espera de su primer hijo. El porcentaje total, de las mujeres que argumentaron este motivo, fue el 22%. Es importante señalar también el 16% que expusieron como motivo, lo que podemos clasificar como desinterés, o indiferencia; actitud característica de la idiosincrasia mexicana. Y que se encontró reflejada, principalmente en los niveles más bajos de escolaridad y consecuentemente en

los niveles socioeconómicos más bajos del estudio .

La práctica religiosa no parece determinar el ejercicio de la práctica anticonceptiva. Ya que sólo el 2%, cuatro casos, expusieron motivos de tipo religioso para no usar anticonceptivos. Tampoco se encontró relación entre ésta y la preferencia de anticonceptivos. Y, en lo que se refiere a los motivos para no espaciar el nacimiento de los hijos, solamente una mujer expuso motivos de tipo religioso, afirmando que " Dios sabía cuando y cuantos hijos le mandaba" .

Consideramos que para la práctica anticonceptiva, es muy importante el conocimiento que la mujer tenga de los procesos fisiológicos básicos de su aparato reproductor. Por ésto, nos parece de suma trascendencia, los elevados porcentajes, que nos señalan que el 53% y el 68% de nuestras entrevistadas, desconocen los procesos de embarazo y menstruación respectivamente. Y que estos porcentajes, sean independientes del nivel socioeconómico edad y escolaridad de la entrevistada ya que los encontramos ampliamente distribuidos .

De acuerdo con diversas investigaciones, el deseo de tener hijos, es común en la mayoría de las culturas (4). Este deseo, quedó definitivamente establecido en nuestro estudio; ya que constituyó para el 65% de las entrevistadas, la principal expectativa al contraer matrimonio o unirse. Así mismo, para el 49% de estas mujeres, los hijos,

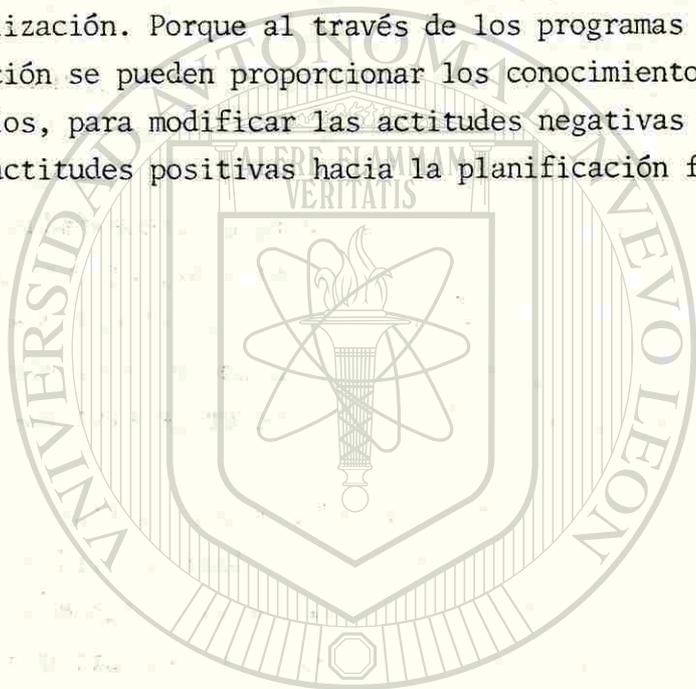
se consideran como el factor principal de satisfacción en su vida marital. No obstante, coincidimos con otros autores, en que " un fuerte deseo de tener hijos no es incompatible con el deseo de no tener demasiados " (5) .

Por el reducido 2% de las entrevistadas, que opinaron deseaban tener " los hijos que Dios quiera " y por las relaciones expuestas a lo largo de este trabajo; podemos pensar que el número de hijos de las parejas encuestadas, no es un fenómeno completamente dejado al azar, al destino, o a Dios. Por el contrario se observan actitudes que nos hablan de un cierto grado de consciencia sobre el problema de la fecundidad ilimitada. Y una actitud en general hacia la planificación familiar .

Sin embargo, también nos encontramos con ciertas incongruencias entre actitud y conducta. Como resulta el hecho, de que no todas las parejas que ya no desean más hijos llevan a la práctica algún método anticonceptivo o usan los de menor efectividad. Esta situación, es debida en gran parte a que no hay una relación directa término a término, entre las actitudes y conducta; pues la conducta, también se determina por factores externos del medio social.

En las actitudes aquí observadas, podemos advertir que su componente cognoscitivo es débil. Ya que se carece de un buen nivel de conocimientos e información sobre el tema. Esto mismo, las convierte en actitudes susceptibles de ser

modificadas. Consideramos que éste es un punto de vital importancia para las actividades de motivación y sensibilización. Porque al través de los programas de comunicación se pueden proporcionar los conocimientos o ampliarlos, para modificar las actitudes negativas y reforzar las actitudes positivas hacia la planificación familiar .



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1.- El estudio fue realizado en 348 mujeres en edad reproductiva y sus cónyuges. El levantamiento definitivo de la encuesta se llevó a cabo de Enero de 1975 a Mayo de 1976.
- 2.- Se observaron tres niveles de asistencia gineco-obstétrica. El asistencial, representado por las mujeres atendidas en el Hospital Universitario "Dr. J.E. González". El institucional representado por las mujeres atendidas en el Hospital de Gineco-Obstetricia del I.M.S.S. y en los Servicios Médicos de la Sección 50 de S.N.T.E. El Semi-Privado por las mujeres atendidas en el Hospital y Maternidad Conchita.
- 3.- El procesamiento de la información fue realizado en forma mecánica con la colaboración del Personal del Centro de Cálculo Electrónico de la U.A.N.L.

### AREA SOCIOECONOMICA Y DEMOGRAFICA :

- 4.- Aspectos Socioeconómicos :
  - 4.1- Los porcentajes de distribución por lugar de entre vista fueron: un 49% del nivel asistencial, un 29% del nivel institucional y un 22% del nivel semi-privado .

- 4.2- La escolaridad promedio de la pareja es de 6.5 - - años cursados por la mujer y 7.5 años cursados por el varón .
- 4.3- La ocupación predominante de los cónyuges es de obreros con el 34%, seguido de un 20% para los - - trabajadores en servicios personales. El 84.6% de las mujeres se dedican al hogar.
- 4.4- El 50%, reportan un ingreso familiar de \$ 1,000.00 a \$ 3,999.00. El 63% viven en casa de una a tres habitaciones. Y solo el 55% cuenta con todos los - servicios de uso doméstico.
- 4.5- El 38.5% de mujeres y el 40.5% de varones no son - aficionados a ningún tipo de lectura. Para el caso de los diarios informativos, el hombre los lee en un 37% más que la mujer. La televisión y la radio son percibidas por las entrevistadas en un 50% y - 59% respectivamente.
- 4.6- El 96% de las parejas pertenecen a la religión - - católica. El porcentaje más elevado de asistencia religiosa comprendió al 33% para hombres y mujeres y correspondió a la asistencia de 3 a 5 veces por año.
- 5.- Aspectos Demográficos:
- 5.1- La edad promedio de las parejas encuestadas es - - 26.8 años para la mujer con una mínima de 15 y una máxima de 50 años. Para el hombre es de 30.5 años-

- con una mínima de 17 y una máxima de 60 años.
- 5.2- El promedio de años de matrimonio actual es de 6.8- años con un mínimo de menos de un año y un máximo - de 35 años. La edad media al contraer matrimonio o unirse para la mujer, es de 19.6 años y el 66% - - tienen matrimonio civil y religioso.
- 5.3- Solo el 29% de las parejas son ambas originarias - del Estado. Considerados individualmente el 76% de las mujeres y el 77% de varones inmigrantes - - - provienen de estados vecinos. El motivo de inmigración principal fue la búsqueda de trabajo con un - 64% para los varones y un 41% para las mujeres .
- 5.4- El nivel de fecundidad de las entrevistadas es de:- 4 embarazos, 3.5 partos y 4 abortos .

#### AREA DE ACTITUD, CONOCIMIENTO Y PRACTICA .

#### 6.- Sección de Actitud :

- 6.1- La opinión sobre el número ideal de hijos para el - 60% de las entrevistadas está entre tres y cuatro - hijos. Un 20% piensa en 5 y más, un 13% piensan en uno o dos y un 7% no opinaron al respecto. Se - - - observó que esta opinión está relacionada con la - escolaridad y la edad al matrimonio. A mayor escolaridad y a mayor edad se efectúe el matrimonio, es -

- menor el número de hijos que se desean .
- 6.2 - El número de hijos real, de las parejas, parece ser -  
influído por el sexo de los hijos, el número de hijos  
ya nacidos, el número de hijos de la familia paterna.  
Esta última relación parece ser de mayor importancia-  
para la mujer que para el hombre y principalmente - -  
cuando la familia paterna es mayor de 6 hijos .
- 6.3 - Sobre el tiempo que debe transcurrir entre cada - -  
embarazo, observamos que entre mayor es el número de-  
hijos ya nacidos, y mayor es la edad de la mujer , -  
es más alta la proporción de mujeres que piensan en -  
un mínimo de tres años entre cada embarazo.
- 6.4 - La opinión sobre su propia fecundidad parece estar --  
directamente determinada por el número de hijos ya -  
nacidos. Para el 42% de las mujeres están satisfechas  
con su fecundidad, el 35% reporta tener menos de los-  
hijos deseados y solamente un 14% considera que ha -  
tenido más de los hijos deseados .
- 6.5 - Sobre el deseo de tener más hijos, las opiniones - -  
femeninas y masculinas ofrecen diferencias. Los que -  
no desean un hijo más comprenden el 45.7% de las - -  
mujeres y el 38% de los hombres .
- 6.6 - Las expectativas al contraer matrimonio para el 65% -  
de las mujeres consisten en tener un hogar e hijos .

El 58% opinaron que sus expectativas estaban total -  
mente satisfechas y el 49%, consideran que los hijos-  
son el factor principal de satisfacción de su vida -  
marital. Resultando esta opinión, independiente - -  
de la edad, escolaridad y número de hijos, ya que -  
los porcentajes se encuentran distribuídos entre - -  
primigestas y grandes multíparas .

- 6.7-El 95.7% opinan que la planificación familiar es - -  
conveniente, independientemente de su grado de - - -  
escolaridad. Esta opinión se vió reflejada en el 76%  
de las mujeres que opinan es conveniente espaciar el-  
nacimiento de los hijos. De éstas, un 48.4% expusie -  
ron como motivo principal una mejor atención de los -  
hijos, esta opinión es independiente de su escolari -  
dad .

De las que opinaron en contra, el 43% declararon - -  
estar de acuerdo en la forma en que habían tenido -  
sus hijos, y un 31% argumentaron que solo tenían un -  
hijo o tenían su primer embarazo.

#### 7.- Sección de Conocimiento :

- 7.1-El 61% reportan conocer la planificación familiar, -  
pero no conocer la paternidad responsable. Un 25% - -  
recibieron la información a través de los centros de-  
salud, públicos o, privados y un 21% por los medios -  
de comunicación masivos .

7.2-El 53% y el 68% de las entrevistadas desconocen los procesos fisiológicos básicos del embarazo y menstruación respectivamente. Aunque este porcentaje se encuentra distribuido en relación inversa con el estrato socioeconómico; cabe señalar, que aún en el estrato más alto, encontramos representados estos valores. Igualmente esta carencia de información, se ve reflejada en que al 94%, les gustaría recibir información sexual.

7.3-El 52.3% de las entrevistadas reportan no conocer ningún método abortivo. Los métodos abortivos más conocidos por las entrevistadas resultaron ser los químicos y naturales. El 90.5% opinan que existe en el mundo el problema de la sobre-población pero solo el 79% opinan que existe en México .

#### 8.- Sección de Práctica :

8.1-El 56% de las entrevistadas no han usado ningún método de mayor uso son los hormonales con el 19.3% el ritmo y la abstinencia con el 8% el coitus-interruptus con el 7%, los métodos locales con el 6% y el dispositivo con el 2.3%.

8.2-El motivo principal para no usar los métodos anticonceptivos con el 44% es el desconocimiento o la ignorancia de los mismos. El 22%, esperaban su primer hijo en el momento de la entrevista. El 16% expusie-

ron como motivo el no haberlo pensado, o por decidía. Los motivos religiosos solo comprendieron el 2% .

#### R E C O N O C I M I E N T O S

Nuestro agradecimiento a los estudiantes de las facultades de Psicología, Trabajo Social y Medicina, adscritos, a esta unidad para sus prácticas de servicio social, por su valiosa colaboración en la realización de este trabajo .

Igualmente, deseamos agradecer a las siguientes personas por la asesoría brindada en las diferentes etapas de trabajo: Lic. Rosa Moreno de González de la Dirección General de Estadística de S.I.C., Ing. Hector Chavarría, del Centro de Cálculo Electrónico de la U.A.N.L., Lic. Mario Leal Flores del Centro de Investigaciones Económicas de la U.A.N.L.

## BIBLIOGRAFIA

- Ander-Egg, Ezequiel.  
Introducción a las Técnicas de Investigación Social - -  
 3a. Edición, Editorial Humanistas,  
 Buenos Aires, 1972 .
- Centro de Estudios Económicos y Demográficos ,  
Dinámica de la Población de México, 1a. edición , -  
 Ed. El Colegio de México, México 1970 .
- Demographic Division ,  
 A Manual for Surveys of Fertility and Family - -  
 Planning: Knowledge, Attitudes, and Practice, - -  
 Edit. The population Council, New York 1970 .
- Fawcett T. James .  
 Psychology & Population, Edit. The Population - -  
 Council, New York, 1970 .
- 
- Garza Mercado Ario ,  
Manual de Técnicas de Investigación, segunda - -  
 edición, El Colegio de México, 1972 .
- Gual C., Carlos, Leñero O. Luis , y otros ,  
Mujeres que hablan, 1a. edición, Instituto - -  
 Mexicano de Estudios Sociales, A.C. México 1971.

## REFERENCIAS

- 1.- Dirección de Estadística y Procesamiento de Datos de - -  
 Nuevo León, Aspectos Demográficos del Estado de Nuevo -  
 León, Gobierno del Estado de Nuevo León, 1976 p . 27.
- 2.- Ibid . p. 40
- 3.- Ibid.
- 4.- Pohlman, Eduard Psicología de la Planificación Familiar,  
 1a. Edición, Editorial Pax México, México 1974 p.p. - -  
 37-53 .
- 5.- Ibid. p. 46 .

Instituto sobre Educación Médica y Planificación Familiar ,  
Educación Médica y Planificación Familiar, editado --  
por Henry Ven Zile Hyde y Lucille Stephenson Bloch, -  
trad. de José Rafael Blengio, 1a. edición, Ed.Pax- -  
México, S.A. , México 1973 .

Klecha, William R., Nie, Norman H., Hull, C. Hadalais,  
Statistical Pachge for the Social Sciencies  
Primer, 1a. Edición, Mc How Hill Inc,  
New York, 1975.

Pohlman, Edward,  
Psicología de la Planificación Familiar ,  
1a. Edición, Editorial Pax. México ,  
México 1974 .

Puente Leyva Jesús ,  
Distribución del Ingreso en un área urbana; el caso -  
de Monterrey, 1a. edición, Siglo XXI Editores, S.A.-  
México 1969 .

Zubizarreta G. Armando F.  
La Aventura del Trabajo Intelectual, 1a. edición, - -  
Fondo Educativo Interamericano, S.A. Colombia, 1969.

II.- " EVALUACION PSICOLOGICA EN MUJERES CON ESTERILIDAD -  
VOLUNTARIA " (1)

Lic.Psic.Rosa A. Ita Cruz  
\* Srita. Silvia Irma Garza  
Dr. Rogelio F. García Flores

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

Al iniciarse nuestro Programa de Esterilización Volun-  
taria, decidimos realizar un estudio psicológico en las - -  
mujeres que solicitaran la Esterilización; con el objeto de  
analizar los factores psicosociales que determinan la deci-  
sión de inhibir en forma definitiva su fecundidad y los - -  
efectos del procedimiento en su ajuste personal, conyugal -  
y familiar .

\* Pasante de Lic. en Psicología de la Facultad de Psico-  
logía de la U.A.N.L. adscrita a esta Unidad para realizar  
su Servicio Social.

Instituto sobre Educación Médica y Planificación Familiar ,  
Educación Médica y Planificación Familiar, editado --  
por Henry Ven Zile Hyde y Lucille Stephenson Bloch, -  
trad. de José Rafael Blengio, 1a. edición, Ed.Pax- -  
México, S.A. , México 1973 .

Klecha, William R., Nie, Norman H., Hull, C. Hadalais,  
Statistical Pachge for the Social Sciencies  
Primer, 1a. Edición, Mc How Hill Inc,  
New York, 1975.

Pohlman, Edward,  
Psicología de la Planificación Familiar ,  
1a. Edición, Editorial Pax. México ,  
México 1974 .

Puente Leyva Jesús ,  
Distribución del Ingreso en un área urbana; el caso -  
de Monterrey, 1a. edición, Siglo XXI Editores, S.A.-  
México 1969 .

Zubizarreta G. Armando F.  
La Aventura del Trabajo Intelectual, 1a. edición, - -  
Fondo Educativo Interamericano, S.A. Colombia, 1969.

II.- " EVALUACION PSICOLOGICA EN MUJERES CON ESTERILIDAD -  
VOLUNTARIA " (1)

Lic.Psic.Rosa A. Ita Cruz  
\* Srita. Silvia Irma Garza  
Dr. Rogelio F. García Flores

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

Al iniciarse nuestro Programa de Esterilización Volun-  
taria, decidimos realizar un estudio psicológico en las - -  
mujeres que solicitaran la Esterilización; con el objeto de  
analizar los factores psicosociales que determinan la deci-  
sión de inhibir en forma definitiva su fecundidad y los - -  
efectos del procedimiento en su ajuste personal, conyugal -  
y familiar .

\* Pasante de Lic. en Psicología de la Facultad de Psico-  
logía de la U.A.N.L. adscrita a esta Unidad para realizar  
su Servicio Social.

## II.- MATERIAL Y METODOS

El estudio fue hecho en el Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León de Mayo de 1974 a Junio de 1975.

Se llevaron a cabo entrevistas personales con noventa y nueve mujeres que solicitaron la esterilización. Debido a las dificultades para localizar los domicilios de estas mujeres; solamente nos fue posible completar el protocolo en 56-casos. Las 43 restantes no son incluidas en el análisis .

La evaluación se realizó en dos fases :

La primera se llevó a cabo antes del procedimiento de la esterilización, y la otra de 6 a 12 meses más tarde. Utilizamos 3 métodos psicométricos : La entrevista focalizada, un cuestionario Psico Socio Motivacional y los tests proyectivos. Los objetivos de las primeras entrevistas fueron :

- a) Dar información a las parejas acerca del procedimiento.
- b) Completar los cuestionarios diseñados para evaluar su status Socio Económico y su motivación .
- c) La aplicación de los tests de personalidad " Dibujo de la figura humana" de Machover " y el Dibujo de " El árbol" de Koch para descartar procesos psico-patológicos graves.

Las entrevistas de la segunda fase se efectuaron de 6 a 12 meses después de la esterilización. En éstas se aplicó un cuestionario diseñado para detectar el cambio en las relaciones maritales y familiares. Para evaluar el equilibrio emocional post-operatorio, se utilizó el " tests de Apercepción Temática de Murray" y el test " Frases Incompletas" de Sacks "

## R E S U L T A D O S

### 1.- ENTREVISTAS PREVIAS :

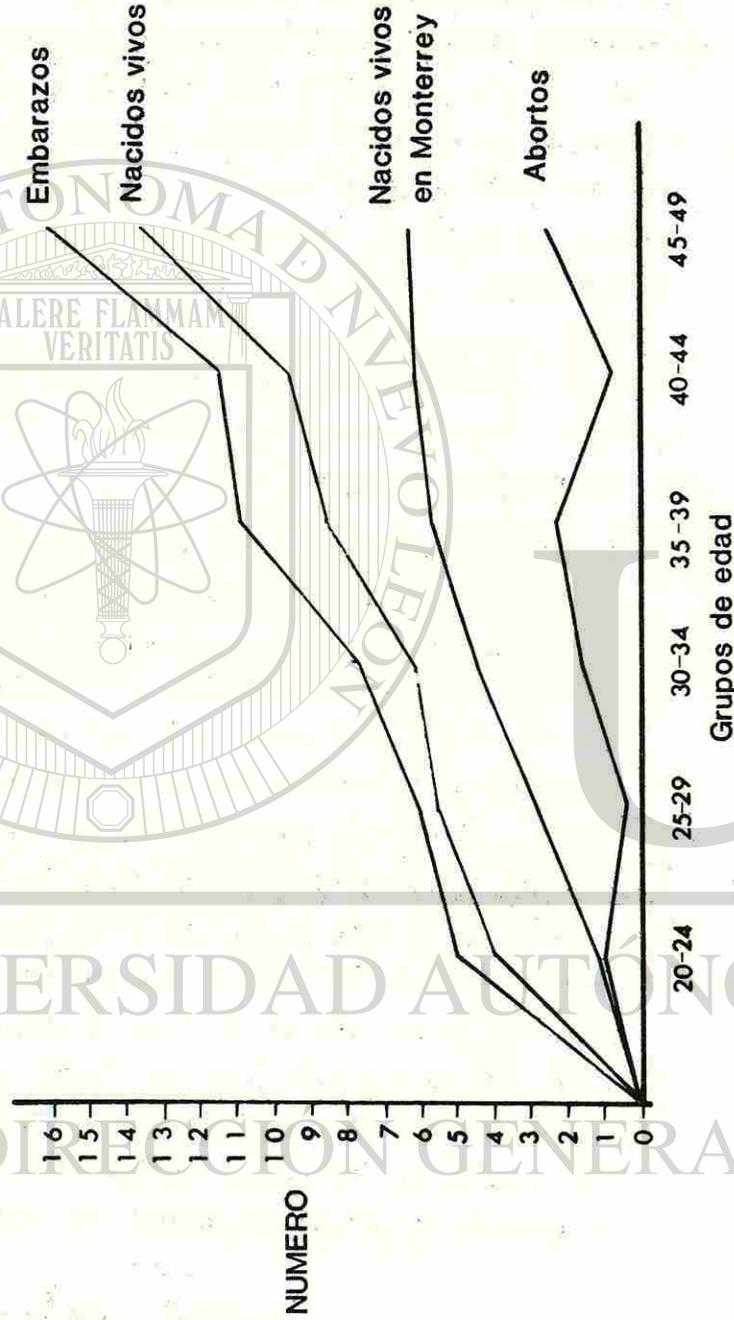
- a) Aspectos Demográficos: Las edades promedio de las parejas fueron 33 años para la mujer ( mínimo 23, máximo 46) y 39 años para los varones ( mínimo 23, máximo 54 ). La edad media de las mujeres al contraer matrimonio es de 17 años. ( edad menor a la promedio para la población total de Monterrey que es de 19 años ) (1) .

La mayoría de las mujeres ( 94.6% ) estaban legalmente casadas, el resto declararon unión libre. El nivel de fecundidad de este grupo, es de un promedio de 8.8 embarazos, 7.3 nacidos vivos y 1.3 abortos ( Fig. I ). El promedio de nacidos vivos resulta mucho más alto que la cifra correspondiente para la población total de Monterrey, como se muestra en la misma gráfica (2).

Se analizó la influencia de factores ( Cuadro I ) como la edad de la pareja, el número de esposos tenidos y el-

Gráfica No. 1

ASPECTOS DEMOGRAFICOS, NIVEL DE FECUNDIDAD DE LAS MUJERES  
POR GRUPOS DE EDAD



tiempo de convivencia conyugal en sus niveles de fecundidad. Se observó que las tasas específicas de fecundidad son más altas en las mujeres de mayor edad. Apreciándose una relación directa entre la edad y la fecundidad de estas parejas. El 96.4% de las mujeres reportaron un matrimonio. Solamente dos mujeres declararon haber tenido dos esposos, ésto nos impide generalizar sobre la mayor fecundidad de estas mujeres. Se observa así mismo, que existe una relación directa entre el tiempo de exposición al riesgo y la fecundidad de la mujer. La estrecha relación que se observa entre la edad de la mujer y el tiempo de matrimonio reflejan en cierta medida la estabilidad temporal de las uniones sean éstas de hecho o de derecho .

Podemos también notar en el Cuadro II- que el nivel educacional de la pareja es un factor importante en la fecundidad. Existiendo una correlación inversa entre la escolaridad y número de hijos .

Encontramos que factores como la ocupación, el ingreso y la religiosidad, no son determinantes de los niveles de fecundidad de nuestro estudio. ( Dada la limitación del número de observaciones no fue posible hacer una estandarización por grupos de edad de las variables señaladas).

En este grupo, el 55% de las parejas no habían practicado la anticoncepción, el 45% restante utilizaron varios-

Cuadro I.- Promedio de hijos de las parejas, por edad de los esposos, según edad de la mujer, por número de esposos y duración del matrimonio.

A.- Esposos por grupos de edad	Total	Mujeres por grupos de edad					
		20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Total	7.3	4.0	5.4	6.1	8.5	9.5	13.5
20-24 años	4.5	5.0	4.0	—	—	—	—
25-29 años	6.4	3.0	7.0	8.0	—	—	—
30-34 años	5.1	—	4.7	5.6	6.0	—	—
35-39 años	6.8	4.0	6.3	5.7	8.1	—	—
40-44 años	9.7	—	—	6.5	9.6	11.5	13.0
45-49 años	7.2	—	4.0	—	7.5	8.0	—
50 + años	10.4	—	—	—	9.3	10.0	14.0
<b>B.- No. de Esposos</b>							
1	7.2	4.0	5.4	6.0	8.3	9.5	13.5
2	9.0	—	—	7.0	9.6	—	—
<b>C.- Duración del Matrimonio</b>							
<u>meses</u>							
5-9 años	4.4	4.0	4.4	4.0	6.0	—	—
10-14 años	5.6	4.0	5.9	5.2	5.0	—	—
15-19 años	7.7	—	—	8.0	7.8	6.0	—
20-24 años	9.3	—	—	—	9.2	10.0	—
25 + años	10.9	—	—	—	10.0	10.2	13.5

Cuadro II.- Promedio de hijos por la escolaridad de los cónyuges.

Escolaridad Hombre	Total	Escolaridad de la Mujer				
		Analfabeta	1-3 años	4-6 años	7-9 años	Ignorado
Total	7.3	7.8	8.7	6.8	4.7	6.0
Analfabeta	8.0	8.5	8.6	5.0	—	—
1-3 años	8.2	12.0	9.2	7.3	—	6.0
4-6 años	6.4	5.7	7.2	6.4	5.0	6.0
7-9 años	7.1	—	10.5	6.6	4.5	—
10-13 años	5.0	—	—	7.0	4.0	—
Profesional	5.5	—	—	—	5.5	—
Ignorado	12.0	11.0	13.0	—	—	—

métodos siendo " La Píldora " el de mayor uso. Cuadro - III.

b) Aspectos Socio-Económicos La escolaridad de las parejas en general es de primaria incompleta, con un promedio para la mujer de 3.8 años cursados y para el hombre de 4.6 años. La mayoría (85%) de las mujeres estaban dedicadas al cuidado de su hogar .

El 33.9% de los conyuges trabajan como obreros no especializados y el 30.4% como trabajadores en servicios personales. Los ingresos del 57.7% de los casos estan por debajo de \$ 1,500.00 M.N. cantidad menor al salario mínimo vital que para nuestra población es de \$ 1,600.00 por mes. Esto define nuestro campo de estudio como un nivel socio económico bajo.

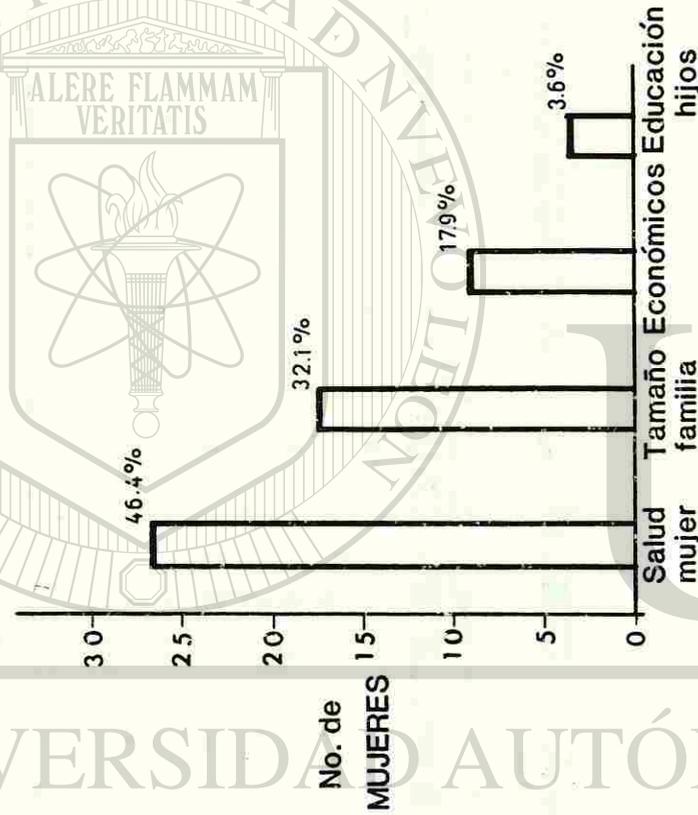
c) Actitudes y Motivaciones hacia la esterilización Los motivos expresados por nuestras mujeres al solicitar la esterilización fueron Gráfica 2: motivos de salud 46.4%, factores económicos 32.1%, número de hijos 17.9%, deseo de mejorar la educación a sus hijos 3.6%. Observamos una gran preocupación en las pacientes acerca de su salud, especialmente aquéllas con patología ginecológica o con enfermedad que se agravarían si ocurrieran futuros embarazos. Los motivos de los hombres para la esterilización de sus esposas fueron: el 32% expresaron solidaridad con los motivos femeninos, el 42.9% dieron razones diferentes ( 19.6% salud de las

Cuadro III- Mujeres por el grupo de edad según su práctica anticonceptiva previa a la esterilización .

Edad	Total	Método Anticonceptivo		Preservativo				Abstinencia
		No usaba	Si usaba	D.I.U.	Diafragma	Anticonceptiva	Abstinencia	
Total	56	32	24	4	1	4	5	
20-24	3	1	2			1	1	
25-29	15	10	5	2		1		
30-34	10	7	3	2				
35-39	20	11	9	1		1	3	
40-44	6	2	4	1		1		
45-49	2	1	1	1			1	

Gráfica No. 2

MUJERES, SEGUN LOS MOTIVOS PARA ESTERILIZARSE



mujeres, 14.4% económicos, tamaño de la familia 3.5% , -  
- varios 5.4% ); el 25%, restante no expresaron sus -  
- motivos .

La solicitud por escrito fue obtenida de ambos cónyuges antes de la esterilización. En un intento para determinar la armonía de la pareja con relación a su decisión, entrevistamos separadamente a los conyuges. La mayoría de los hombres (75%) estaban en completo acuerdo con la decisión, 11% estaban parcialmente de acuerdo, - 15% eran indiferentes .

Las pacientes se enteraron de nuestros servicios a través de varias vías. La mayoría (37.5%) se enteraron al asistir en nuestro Hospital a la sesión de proyección de diapositivas automatizadas sobre Planificación Familiar con un mensaje audio visual. El (30.3%) fueron referidas de otras clínicas de planificación familiar, otros servicios médicos del Hospital 16.1%, recomendadas por otras pacientes 12.5% y algunas el 3.6%, tuvieron conocimiento casual de nuestro programa .

Es interesante, que exista fuerte tendencia de nuestras mujeres (75%) para consultar con familiares de mayor edad. Encontraron respaldo a su decisión en el 61% de los casos, el resto recibió consejo opuesto. Sin embargo a pesar de la desaprobación, estas parejas decidieron que se les efectuara la esterilización.

Al momento de solicitar la operación, menos de la mitad (43%) estaban libres de temores o dudas. Un gran número estaban evidentemente ansiosas, obedeciendo este estado a la preocupación del daño físico que pudiera resultar de la cirugía .

d) Pruebas Proyectivas : Los datos obtenidos en las pruebas no determinaron Psico-patología grave y los hallazgos son semejantes a la de otros investigadores (3).

En relación al concepto de sí mismas, la mayoría presentaba sentimientos de inferioridad que se expresaban por dependencia y necesidad de apoyo. Había sentimientos de debilidad física y psicológica, manifestados por una preocupación por la integridad corporal y su salud mental. Estos exámenes psicológicos también demostraron una marcada inseguridad al hacer juicios y tomar decisiones, la cual hace a los sujetos muy susceptibles a cambiar de opinión de acuerdo a lo que oyen o ven , más que por convicciones personales .

Las actitudes hacia las relaciones sexuales son ambivalentes manifestando sentimientos de atracción y rechazo. Pretenden confirmar el amor de su esposo, a través de la relación sexual, pero la evaden por sentir que son únicamente objeto sexual para ellos, estas actitudes ocasionan ciertos síntomas de frigidez .

## 2.- ENTREVISTAS POSTERIORES

a) Síntomas Físicos .- Después de la esterilización, la mitad de las mujeres (48.2%) no experimentaron molestias físicas. Otras manifestaron molestias menores pasajeras ( dolor o inflamación en el sitio de la incisión, distensión abdominal, etc, sin requerir ninguna atención médica. El 39.3% de nuestras pacientes reportaron mejoría en el estado general de salud, probablemente debido en parte a la suspensión del uso de la píldora o el D.I.U. Un grupo pequeño (16.1%), continuaron con síntomas de enfermedades que existían antes de la esterilización .

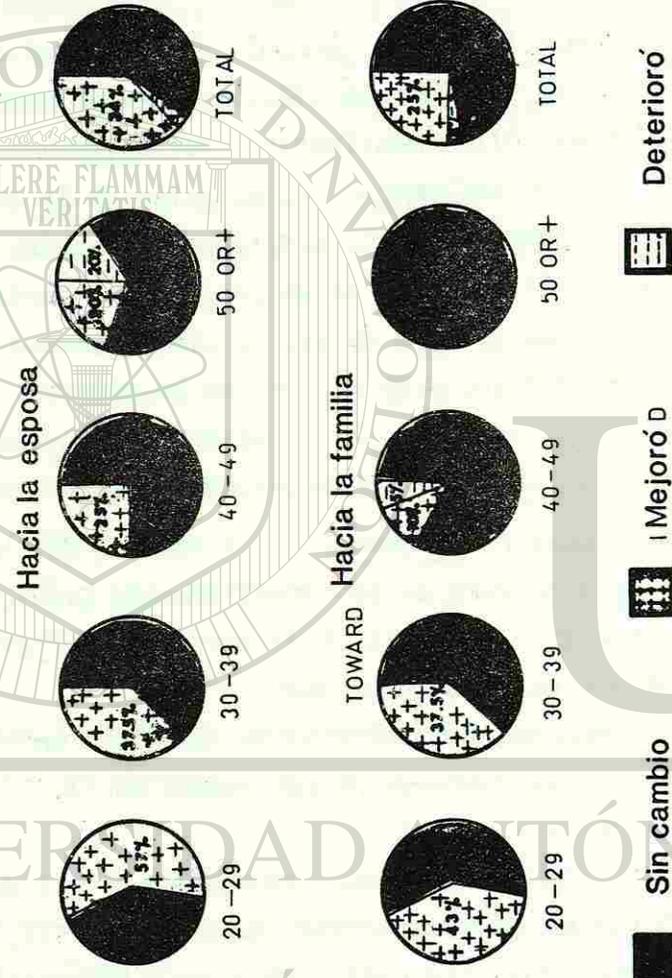
b) Actitudes Psico-Sexuales. La actitud del hombre hacia su esposa después de la esterilización Gráfica 3 permaneció sin cambio en el 64.2% de los casos, mejoró en 34% y - - deterioró en un solo caso.

La actitud del padre hacia los hijos mejoró en 25% de los casos, permaneció sin cambio en 73.2% y se deterioró en un caso.

La satisfacción sexual mejoró en el 50% de las parejas- Gráfica 4 permaneció sin cambio en el 41%, y empeoró en 5 casos (9%). La explicación para la mejoría está - - - relacionada a la desaparición del temor al embarazo. En lo 5 casos de deterioró sexual, 3 presentaban frigidez,

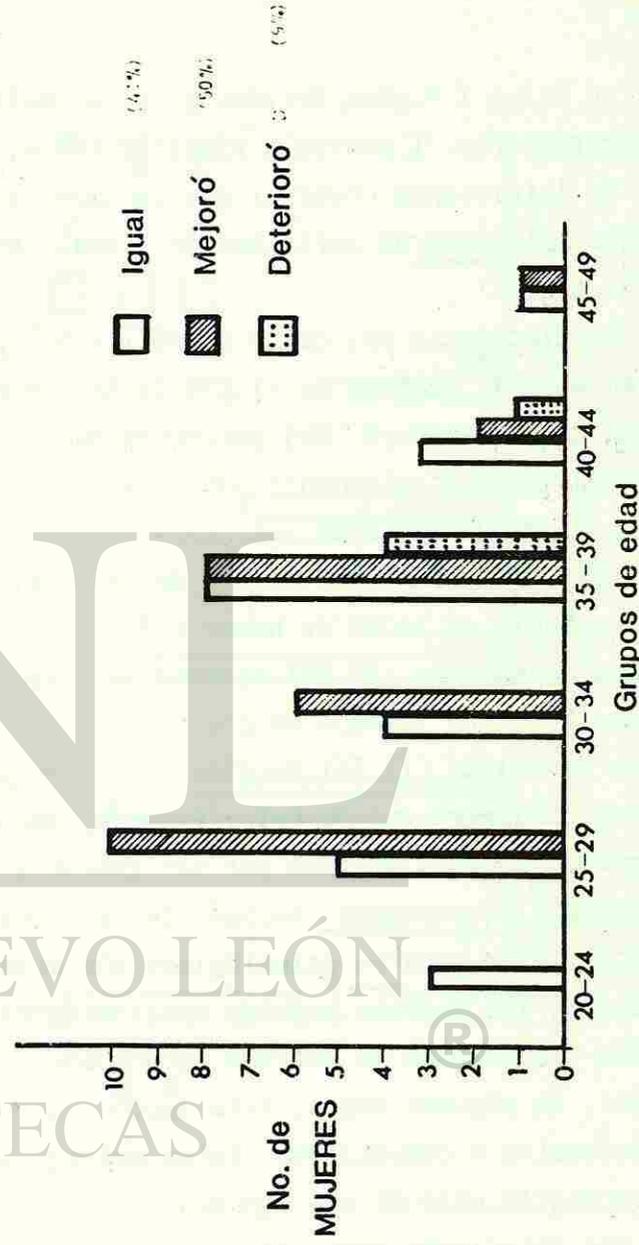
Gráfica No.3

ESPOSOS, SEGUN SU ACTITUD HACIA LA ESPOSA Y LA FAMILIA DESPUES DE LA ESTERILIZACION POR GRUPOS DE EDAD



Gráfica No. 4

MUJERES POR LA SASTIFACCION SEXUAL POSTERIOR A LA ESTERILIZACION POR GRUPOS DE EDAD



las otras 2 fueron debidas a causas extrínsecas al tratamiento. ( muerte o viaje de los esposos ).

Es interesante observar que la mayoría de las mujeres que mejoraron su satisfacción sexual tenían menos de 34 años .

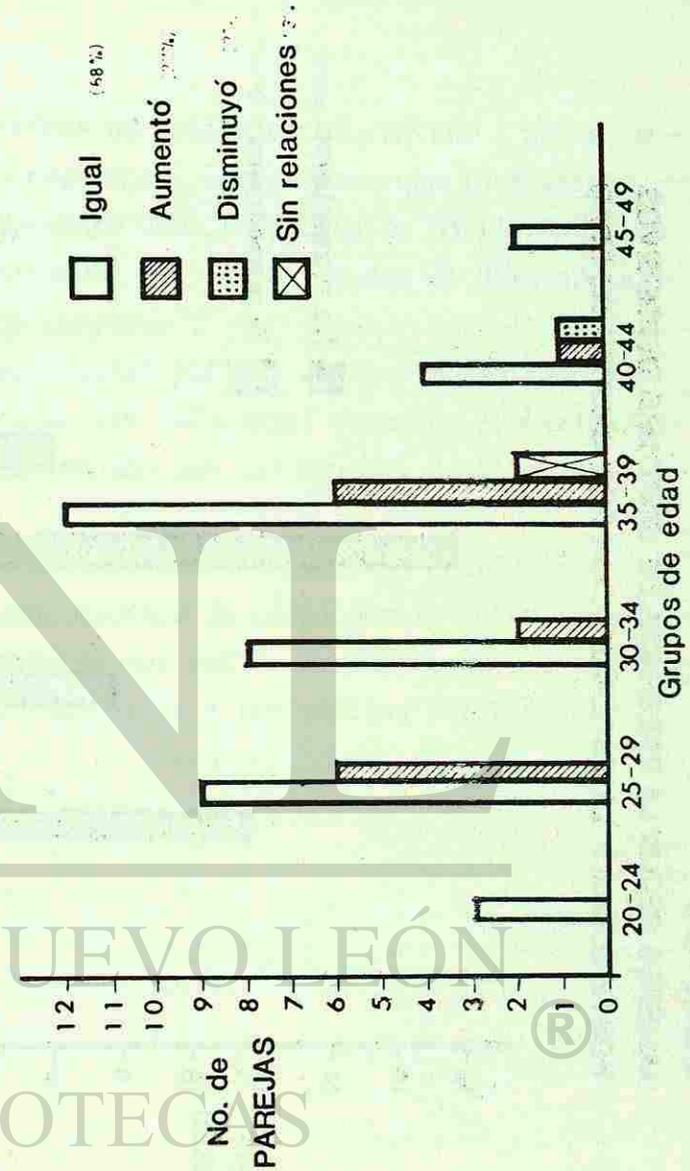
La frecuencia del coito ( Gráfica 5 ) permaneció igual en el 68%, aumentó en el 27% de las parejas y en solo un caso disminuyó. Dos pacientes no tuvieron relaciones sexuales posteriormente debido a los motivos ya mencionados de ausencia de los esposos.

La evaluación final acerca de la actitud de las mujeres hacia el hecho de haber sido esterilizadas, mostró que la mayoría (87.5%) estaban satisfechas con su decisión. En 7 casos se presentaron síntomas pasajeros de depresión (12.5%) Gráfica 6. Sin embargo el 98% de las pacientes que se esterilizaron, recomendaban el método a otras mujeres por ser inocuo y efectivo.

c) Pruebas Proyectivas :después de la esterilización ocurrieron ajustes psicológicos muy interesantes. Aún cuando las mujeres seguían considerándose como inferiores y mantenían la actitud de dependencia de sus esposos, en algunos casos, esta conducta cambió volviéndose defensiva y competitiva. Estas mujeres buscaban mayor reconocimiento de sus esposos.

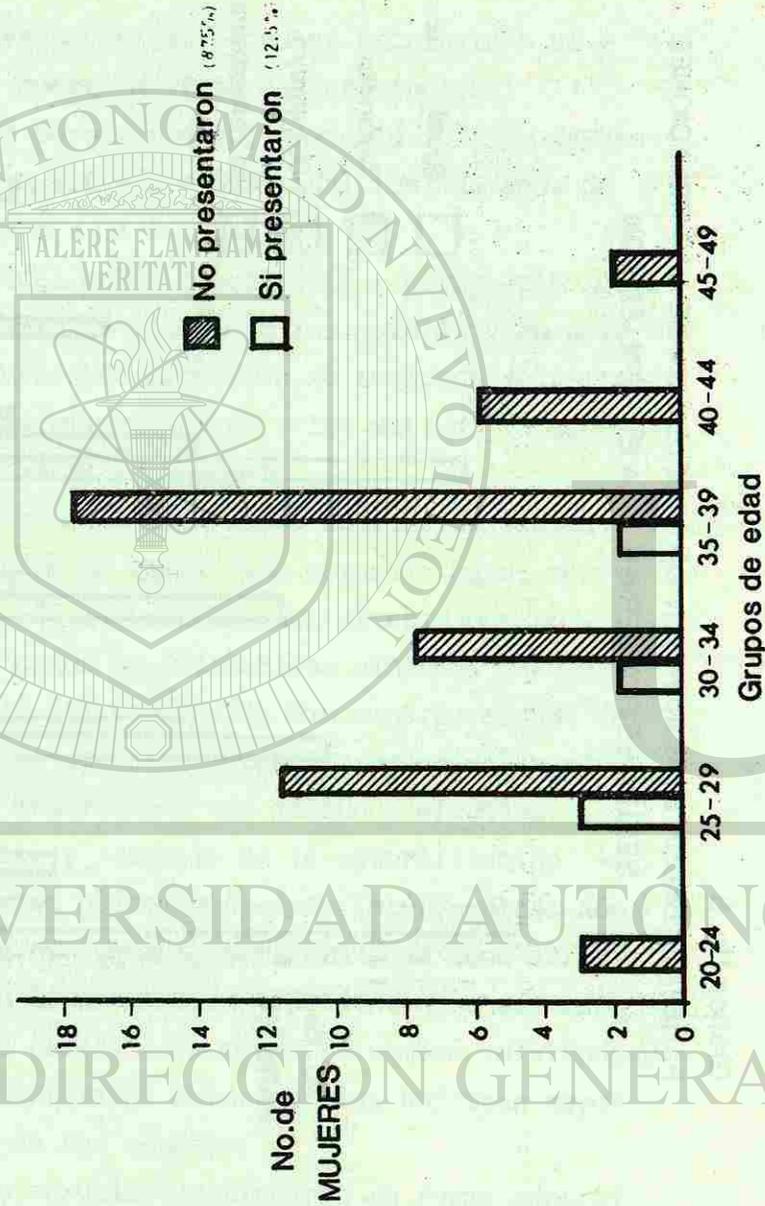
Las relaciones sexuales continuaron en forma general

Gráfica No. 5  
PAREJAS, SEGUN EL CAMBIO EN LA FRECUENCIA DE LAS RELACIONES SEXUALES, POSTERIOR A LA ESTERILIZACION



Gráfica No.6

MUJERES SEGUN LA PRESENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS POSTERIORES A LA ESTERILIZACION POR GRUPOS DE EDAD



con características de ambivalencia. En los 3 casos en que se reportó deterioro, encontramos que la frigidez -- existía anteriormente como respuesta de hostilidad a la insatisfacción sexual y a las actitudes de dominancia y agresión de los cónyuges .

Dentro del grupo total pudimos encontrar sentimientos de culpa acerca de las relaciones sexuales premaritales y el cuidado inadecuado que las mujeres daban a sus hijos.

Las 7 mujeres que presentaron síntomas depresivos, manifestaban sentimientos de culpa por la aniquilación de los descendientes por venir. No encontramos sentimientos de culpa relacionados a influencias religiosas .

## DISCUSION

Consideramos que tanto los datos directos obtenidos por los cuestionarios como los indirectos obtenidos por las pruebas proyectivas coinciden en varios aspectos :  
Aparentemente la principal motivación para esterilizarse fue la preocupación por conservar la salud de la mujer, relacionada al daño potencial que podrían causar futuros embarazos. Este hecho, así como la expresión de miedo a daño físico, consecuente al procedimiento de esterilización, apoyan los hallazgos de las pruebas proyectivas de sentimientos de debilidad física y preocupación por la salud.

Es paradójico que la motivación económica ocupara un lugar secundario. En vista de que nuestras pacientes, son del nivel socio económico más bajo, uno podría haber anticipado, que las limitaciones económicas asumieran un valor prioritario. Es también notables que sólo el 3.6%, mencionaran la importancia de proveer a sus hijos de una mejor educación.

La actitud de dependencia y necesidad de apoyo emocional es obvia, ya que el 75% de las parejas buscaron consejo familiar.

Ha sido mencionado por otros autores, (4) que las

actitudes maternas de la mujer mexicana, especialmente en los niveles socio económicos bajos, han sido promovidos por nuestras instituciones socio-culturales. Al mismo tiempo, ha habido una fuerte limitación de su expresión sexual. La mujer ha aceptado pasivamente este papel, compensando su frustración sexual a través de una maternidad prolífera. Esta turbulencia emocional parece ser responsable de las actitudes sexuales ambivalentes y los patrones oscilantes de dominación sumisión en la relación marital. Por tales razones, es notable que en el 50% de nuestros casos las actitudes sexuales mejoraran, sin provocar alteraciones no deseadas en las actitudes del esposo a su esposa e hijos .

Los síntomas de depresión en 7 mujeres están relacionadas a los componentes psico-sociales antes mencionados. En estos casos, existió devaluación de la autoimagen y una pérdida de la identificación femenina en virtud de la renuncia voluntaria al privilegio de tener futuros embarazos. No encontramos relación entre la depresión post-operatoria y la motivación para esterilizarse. Tampoco existía relación con la edad y paridad, o con la actitud del esposo hacia el procedimiento.

La mayoría de las mujeres tomaron la decisión a un nivel conciente, en un intento de resolver sus problemas familiares de salud y bienestar. No hubo arrepentimiento de la decisión tomada en el 96.4% de los casos, incluyendo aquí

5 de las 7 mujeres con depresión.

Existen estudios similares efectuados en otros países ( 5,6,7 ) en que los hallazgos y conclusiones coinciden con los nuestros .

### RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1.- El presente estudio se efectuó en las primeras 99 mujeres que solicitaron esterilización en nuestro Hospital. Solo fué posible completar el estudio en 56 de estas -- pacientes.
- 2.- Efectuamos entrevistas previas a la esterilización, y posterior a ésta, en un lapso de 6 a 12 meses. Las -- técnicas utilizadas fueron : la entrevista focalizada , 3 cuestionarios y 4 pruebas proyectivas ( "El Arbol, " - La Figura Humana, el " T.A.T. y la prueba de " Frases - Incompletas" de Sacks ).
- 3.- Encontramos que las principales motivaciones fueron la salud física de la madre y consideraciones económicas. - Después de la esterilización el 59% de los casos mejora ron sus relaciones sexuales principalmente debido a la pérdida del temor al embarazo. No existió desajuste -- individual o marital en el 87.5% de los casos.
- 4.- En el post-operatorio no encontramos alteraciones signi ficativas en los patrones de personalidad ni sentimien-

tos de culpa debido a factores religiosos. En 7 mujeres- ocurriéron síntomas depresivos, posiblemente relaciona - dos a una devaluación de la autoimagen por la pérdida de su potencial reproductivo. Cinco de estas mujeres se - - ajustaron bien con el paso del tiempo.

- 5.- Es satisfactorio saber que la mayoría de nuestras pacien tes (98%) recomiendan el método a otras, como inocuo y - efectivo para la planificación de la familia.

### RECONOCIMIENTO

Nuestro agradecimiento a los Licenciados Rosa Moreno - de González y Fernando González Cantú por su asesoría en - - los aspectos demográficos de este trabajo.

## REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFIA

- 1.- Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, -  
1970-1971, Dirección General de Estadística, S.I.C. - -  
México, 1973.
- 2.- IX Censo General de Población 1970, Vol. correspondien-  
te al Estado de Nuevo León. Dirección General de - -  
Estadística S.I.C. México, 1971.
- 3.- Ramírez, Santiago. El Mexicano, Psicología de sus - -  
motivaciones, 5 a. Edición Pax- México 1968 .
- 4.- Ibid.
- 5.- Campanella, R. Wolff, J.R. Emotional Reaction To - -  
Sterilization, Obs-Gyn. 45,3,1975.
- 6.- Lu, T. Chun D. A Long-Term follow-up of 1,055 cases of -  
postpartum tubal ligation. J. Obst. Gynaecol Br - -  
Commonw 74.875, 1967 .
- 7.- Moore O.W. Sequeale of tubal ligation, Medical and - -  
Psychological, Am. J.Obstet. Gynecol 106:1044,1970 .

## III.- ASPECTOS EDUCATIVOS DEL SISTEMA UNIVERSITARIO DE - PLANIFICACION FAMILIAR (1) .

\* Dr. Rogelio F. García Flores

\*\* Lic.Psic. Rosa A. Ita Cruz

### INTRODUCCION

La Planificación Familiar, como un programa de salud, -  
dirigido a la comunidad, se estableció en México solo hasta -  
1974. A partir de esta fecha, se ha venido informando sobre -  
los principios y beneficios de las medidas anticonceptivas. -  
Sin embargo, la experiencia diaria y algunos estudios nos --  
demuestran, que el grado de desconocimiento, todavía es muy -  
alto en nuestro medio. Pensamos, que para el éxito de estos -  
programas en general y particularmente, para el Sistema - -  
Universitario de Planificación Familiar que llevamos a cabo -  
en el Hospital Universitario, es necesaria una intensa labor -  
educativa. ®

- 1.- Publicado en : Ginecología y Obstetricia de México, - - -  
Vol. 39 Año XXXI, Num 231 Enero, 1976 (p.p. 31-43) .

## REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFIA

- 1.- Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, -  
1970-1971, Dirección General de Estadística, S.I.C. - -  
México, 1973.
- 2.- IX Censo General de Población 1970, Vol. correspondien-  
te al Estado de Nuevo León. Dirección General de - -  
Estadística S.I.C. México, 1971.
- 3.- Ramírez, Santiago. El Mexicano, Psicología de sus - -  
motivaciones, 5 a. Edición Pax- México 1968 .
- 4.- Ibid.
- 5.- Campanella, R. Wolff, J.R. Emotional Reaction To - -  
Sterilization, Obs-Gyn. 45,3,1975.
- 6.- Lu, T. Chun D. A Long-Term follow-up of 1,055 cases of -  
postpartum tubal ligation. J. Obst. Gynaecol Br - - -  
Commonw 74.875, 1967 .
- 7.- Moore O.W. Sequeale of tubal ligation, Medical and - -  
Psychological, Am. J.Obstet. Gynecol 106:1044,1970 .

## III.- ASPECTOS EDUCATIVOS DEL SISTEMA UNIVERSITARIO DE - PLANIFICACION FAMILIAR (1) .

\* Dr. Rogelio F. García Flores

\*\* Lic.Psic. Rosa A. Ita Cruz

### INTRODUCCION

La Planificación Familiar, como un programa de salud, -  
dirigido a la comunidad, se estableció en México solo hasta -  
1974. A partir de esta fecha, se ha venido informando sobre -  
los principios y beneficios de las medidas anticonceptivas. -  
Sin embargo, la experiencia diaria y algunos estudios nos --  
demuestran, que el grado de desconocimiento, todavía es muy -  
alto en nuestro medio. Pensamos, que para el éxito de estos -  
programas en general y particularmente, para el Sistema - -  
Universitario de Planificación Familiar que llevamos a cabo -  
en el Hospital Universitario, es necesaria una intensa labor -  
educativa. ®

- 1.- Publicado en : Ginecología y Obstetricia de México, - - -  
Vol. 39 Año XXXI, Num 231 Enero, 1976 (p.p. 31-43) .

De esta forma, las actividades educativas constituyen una de las acciones fundamentales y medulares del mismo .

Para llevarlas a cabo, consideramos necesario elaborar un material, que en forma clara y sencilla, nos permitiera informar, educar y motivar a nuestros pacientes a utilizar el servicio de Planificación Familiar .

### MATERIAL Y METODOS

Se eligió el sistema audiovisual, como el indicado para hacer llegar nuestro mensaje. Ya que éste nos permite establecer un contacto directo y objetivo, logrando así una mayor comprensión del observador. En virtud de que contamos con un sistema de proyectores de diapositivas equipados con audio, que permiten sincronizar la voz, con el cambio automático de las diapositivas; decidimos elaborar las proyecciones, a base de una secuencia de dibujos alusivos a las ideas que se querían transmitir y una grabación, que incluye la explicación de cada una de las imágenes con un tema musical de fondo. Este sistema, facilita grandemente la transmisión de las proyecciones; que se efectúa en forma completamente automática y por personal no especializado.

En el transcurso de las actividades de nuestro sistema de planificación familiar; hemos elaborado tres proyecciones con este sistema. En su realización, se tomaron en cuenta

factores psicológicos como los sensoperceptuales, y de atención.

Factores psicosociales como: actitudes, motivación, identificación, simbología de la imagen y lenguaje; las necesidades de status, de reconocimiento y posición social. Así como la escolaridad y sexo de los auditorios .

Pensando en el factor estático de las diapositivas y en la escolaridad heterogénea, de los auditorios, que generalmente es más bien baja; consideramos que la caricatura es el medio que nos permite presentar el tema en forma amena, interesante y comprensible. Para su diseño se estimaron los factores de tamaño, forma, posición, color y simbología de la imagen. Los dibujos se efectuaron en color a la acuarela, en cartulinas de tamaño 25 x 37 cms, y posteriormente fueron fotografiados con película Ektachrome ASA 64 para diapositivas .

En la redacción de los textos se eligió un lenguaje claro y sencillo a diversos niveles socio culturales, tratando de reforzar la idea en relación con cada imagen proyectada de tal manera que el mensaje fuera corto preciso. Para la grabación de los textos, se buscaron voces que tuvieran las siguientes características: claridad, buena dicción, tono amable que infundiera confianza y seguridad en la expresión. Se seleccionaron locutores profesionales de ambos sexos con objeto de evitar monotonía en la

lectura de los textos.

Para cada proyección se eligieron temas musicales de fondo que sirven para identificarlas. Con objeto de mayor agilidad, incluimos en determinadas láminas, ritmos completamente diferentes y con variaciones de volumen, logrando así más dinamismo y reforzando las imágenes.

Para establecer los tiempos de proyección de cada diapositiva y la velocidad de lectura de los textos, se tomó en cuenta la capacidad de atención y la escolaridad de los auditorios .

## RESULTADOS

Nuestro trabajo está integrado por tres proyecciones que se refieren en general, a la planificación familiar, pero que explican diferentes métodos anticonceptivos .

En la primera, cuyo título es " Planificación Familiar" se transmiten básicamente cinco ideas : a) Los beneficios de planear el número de hijos, b) Los conocimientos mínimos-anatomo-fisiológicos del aparato reproductor de ambos sexos, así como el mecanismo mediante el cual se produce el embarazo, c) Conocimientos mínimos del funcionamiento de los métodos anticonceptivos más eficaces ( píldora, D.I.U. ligadura de trompas y vasectomía), d) La necesidad de consul

tar al médico al planear la familia para hacer una óptima selección del método indicado para cada pareja y e) La absoluta libertad de la pareja en su decisión . Esta proyección consta de 22 diapositivas con su texto correspondiente y se grabó en dos versiones, una rápida de 15 minutos y otra lenta con duración de 20 minutos.(ejemplos en páginas 137a145)



**FAMILIA NO PLANEADA**



- CONSECUENCIAS**
- Mala alimentación
  - Mala habitación
  - Enfermedades
  - Tensión nerviosa
  - Pocas oportunidades de estudio y progreso para los hijos

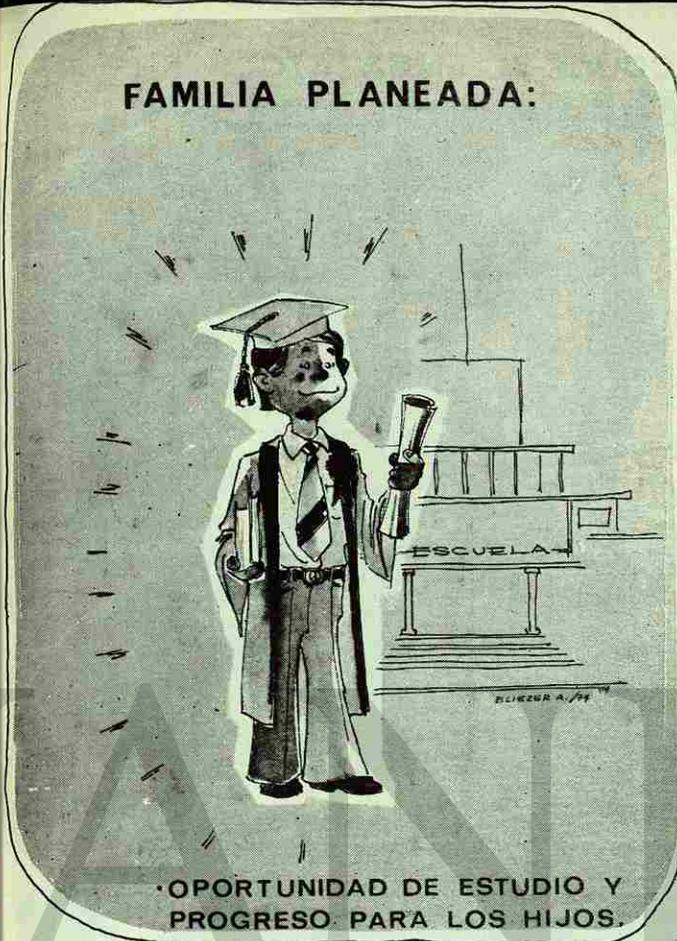
# 2

**FAMILIA PLANEADA:**



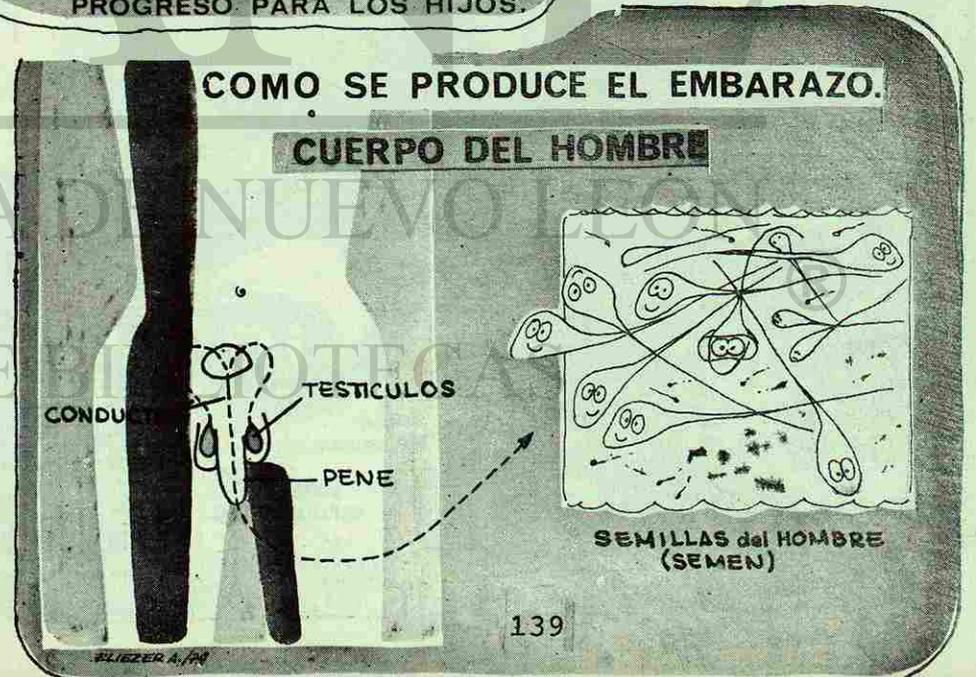
- VENTAJAS:**
- Buena alimentación
  - Buena salud
  - Energía física y mental

**FAMILIA PLANEADA:**

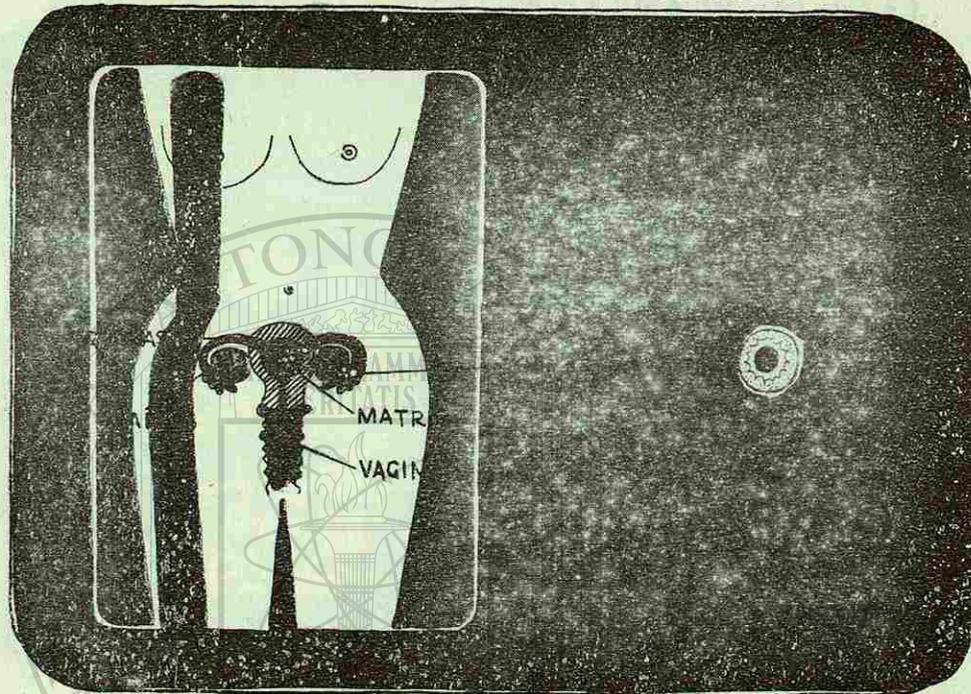


- OPORTUNIDAD DE ESTUDIO Y PROGRESO PARA LOS HIJOS.

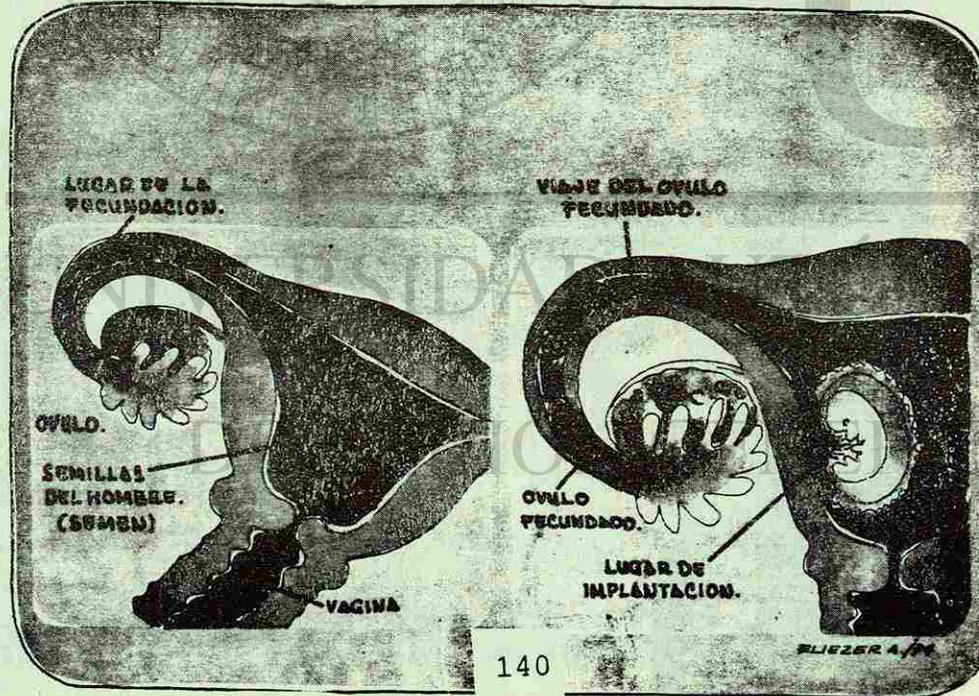
**COMO SE PRODUCE EL EMBARAZO.**



COMO SE PRODUCE EL EMBARAZO.



COMO SE PRODUCE EL EMBARAZO:



FORMAS PARA EVITAR EL EMBARAZO:

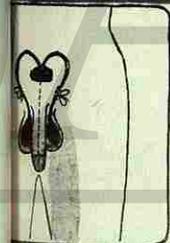
METODOS EFECTIVOS



POSITIVO.  
(PARATIVO)



RA DE TROMPAS.



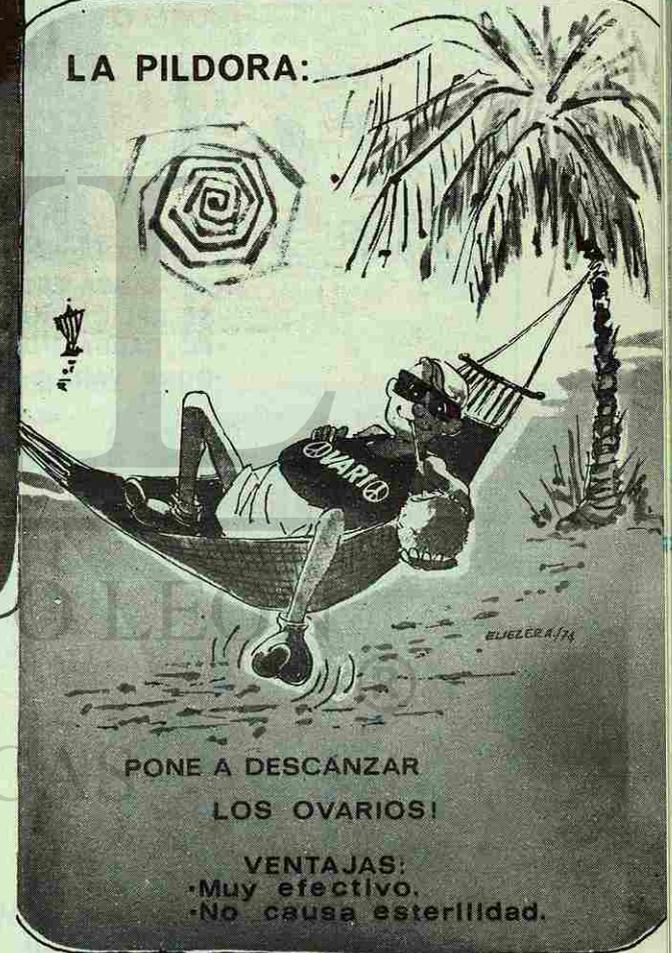
DE LOS CONDUCTOS.



LA PILDORA

FORMAS PARA EVITAR EL EMBARAZO:

LA PILDORA:



PONE A DESCANZAR  
LOS OVARIOS!

VENTAJAS:  
•Muy efectivo.  
•No causa esterilidad.

**FORMAS PARA EVITAR EL EMBARAZO.  
DISPOSITIVO:**



**'EL APARATITO'**

HACE MAS RAPIDO EL VIAJE  
DEL OVULO!!



- VENTAJAS:**
- CIRUGIA MENOR.
  - NO CAUSA ESTERILIDAD.
  - SE APLICA UNA SOLA VEZ.
  - NO CAUSA MOLESTIAS.
  - DURA VARIOS AÑOS.

ELIEZER A/74

**LIGADURA DE TROMPAS**

NO PERMITE LA UNION DEL OVULO Y EL SEMEN.

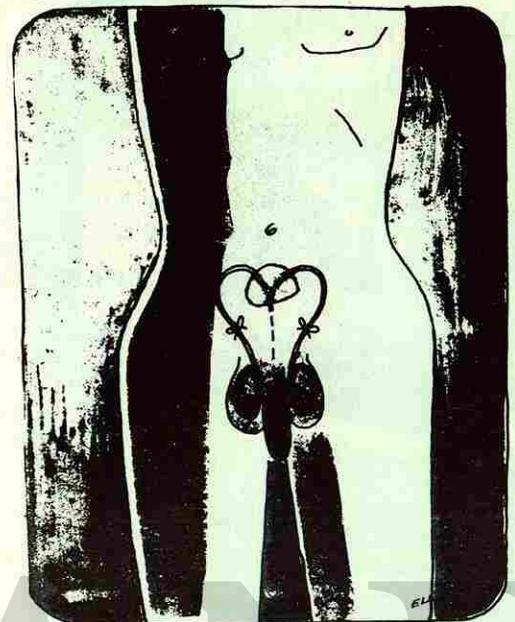


- VENTAJAS:**
- CIRUGIA MENOR.
  - SE EFECTUA UNA SOLA VEZ.
  - NO PRODUCE MOLESTIAS.
  - EFECTO PERMANENTE.

ELIEZER A/74

**FORMAS PARA EVITAR EL EMBARAZO:**

**LIGADURA DE LOS CONDUCTOS:**



IMPIDE LA UNION DE LAS SEMILLAS  
(CELULAS) CON EL SEMEN.

- VENTAJAS:**
- CIRUGIA MENOR.
  - SE EFECTUA UNA SOLA VEZ.
  - NO CAUSA MOLESTIAS.
  - EFECTO PERMANENTE.

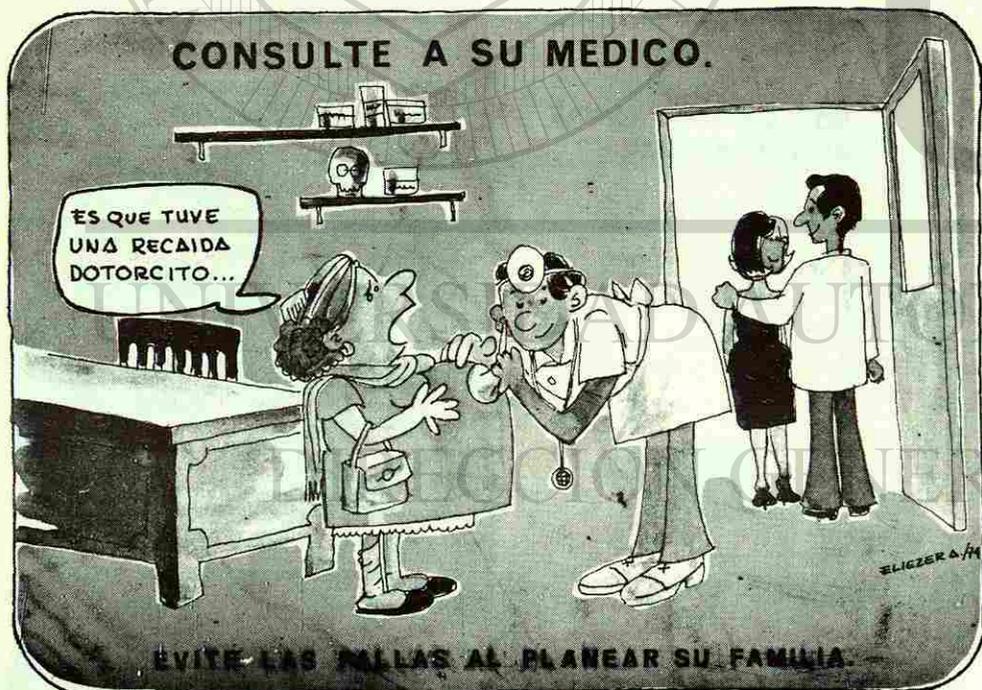
**FORMAS PARA ESCOGER  
EL METODO IDEAL!  
CONSULTA MEDICA**



EXISTE UN METODO IDEAL  
PARA CADA PACIENTE,  
DEPENDIENDO DE VARIOS  
FACTORES.



#18



DIRECCION GENERAL:..... DR. ROGELIO F. GARCIA FLORES

EDICION:..... ROSA AURELIA ITA  
LIC. en PSICOLOGIA.

REALIZACION GRAFICA:..... ELIEZER ALANIS RODGZ.

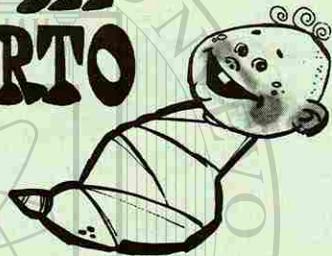
VOCES:..... HONORATO GUTIERREZ  
LAURA ELENA GOMEZ

PRODUCCION:  
FACULTAD DE MEDICINA DE LA  
UNIVERSIDAD AUTONOMA  
DE NUEVO LEON.

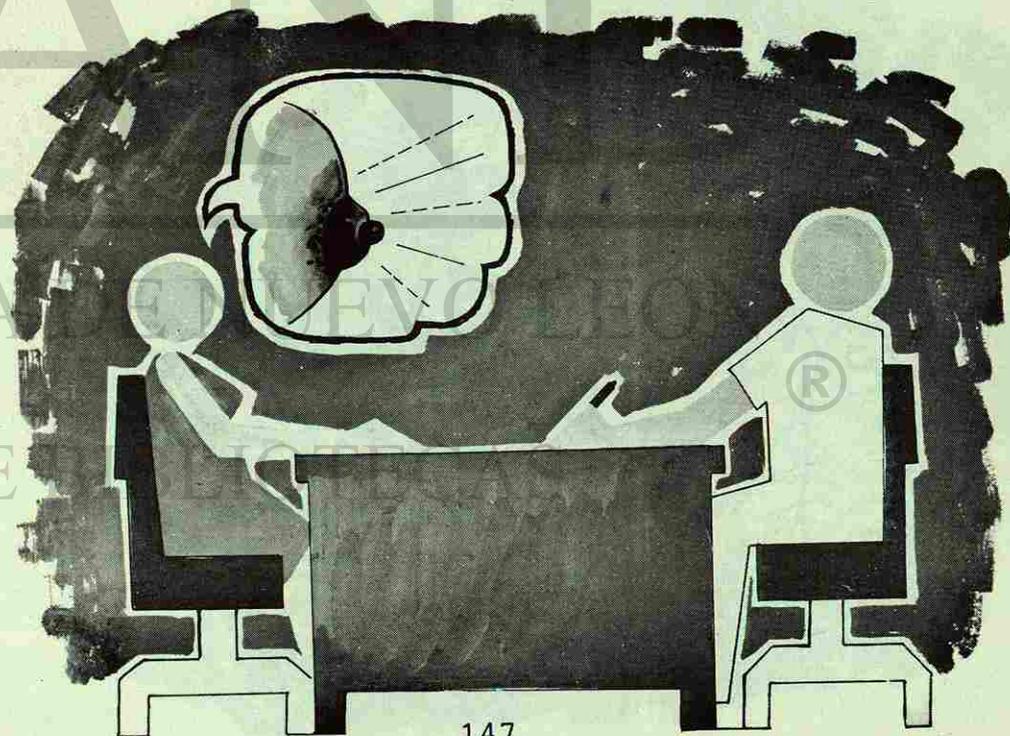
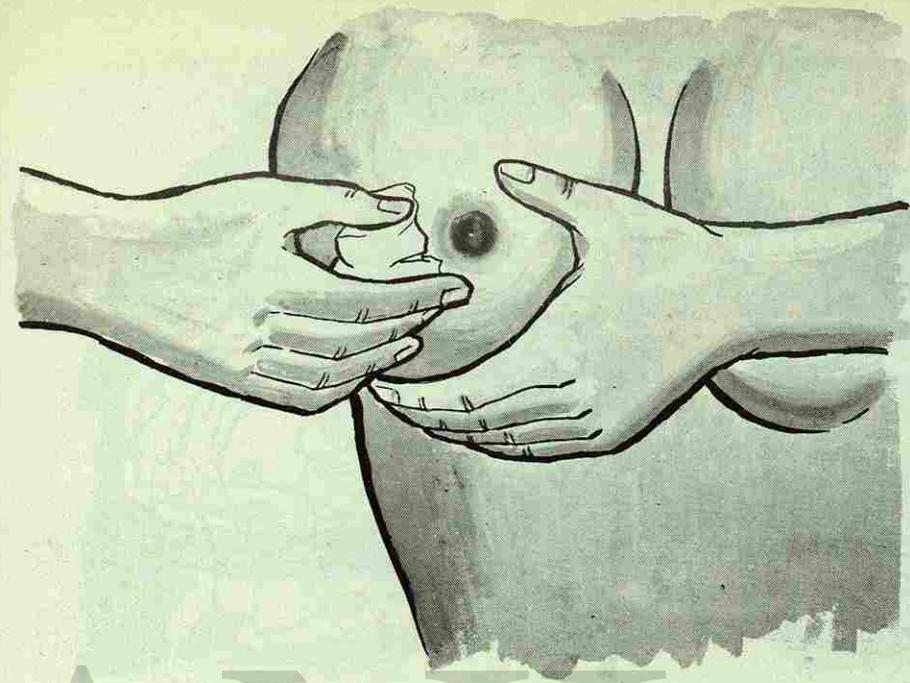
La segunda proyección, se titula " Planificación Familiar Post-Parto"! Esta fue diseñada para proyectarse particularmente en las salas de maternidad durante el puerperio.

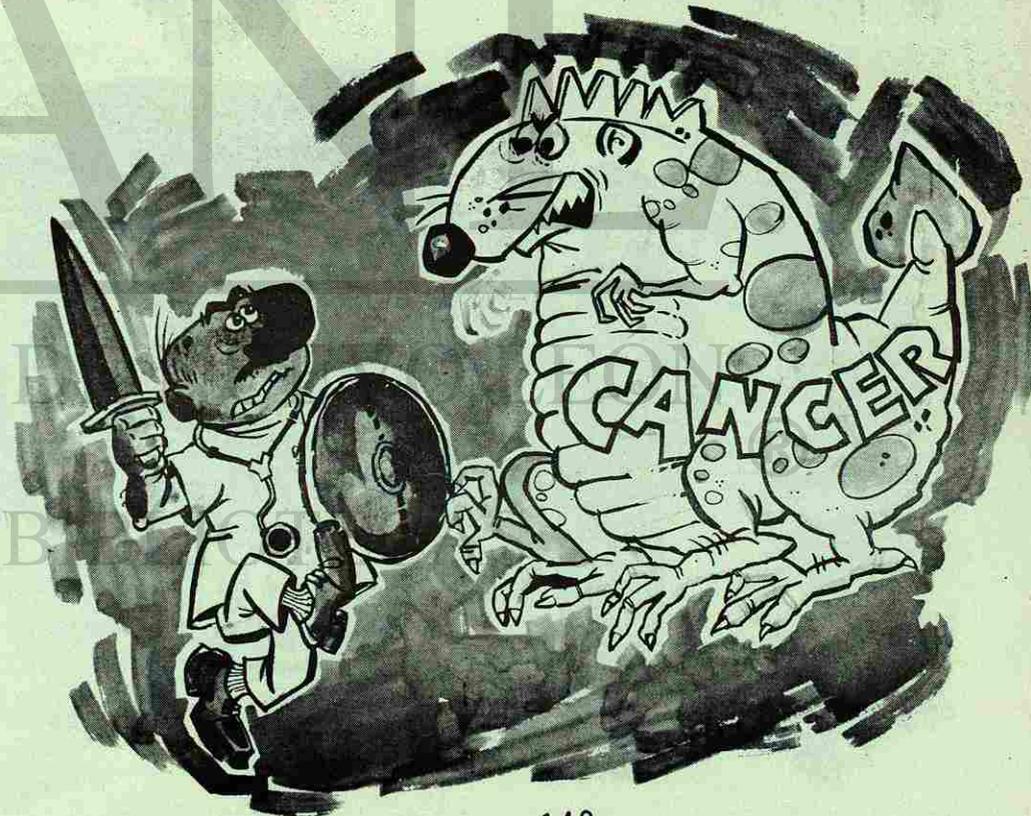
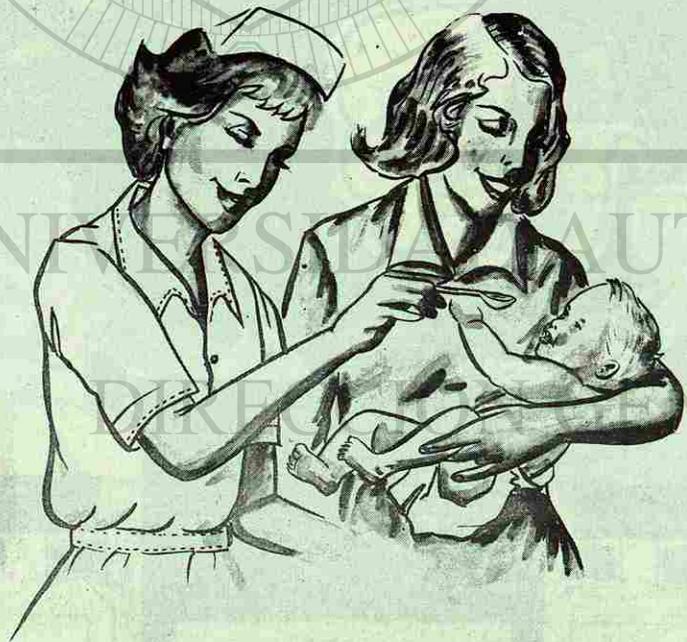
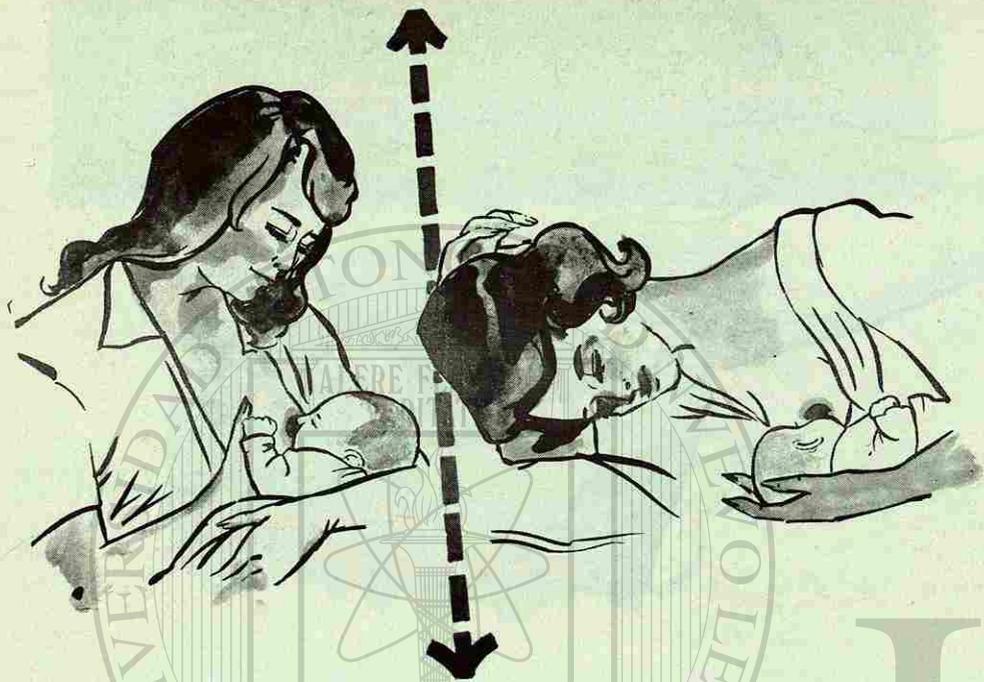
Las ideas proyectadas son : a) Instrucciones para la alimentación al seno materno. b) Importancia del programa de vacunación del niño c) Importancia de la consulta Post-Parto para evitar infecciones, prevenir el cancer e iniciar la consulta de planificación familiar. d) Beneficios de la planificación familiar y e) Descripción de los métodos del puerperio inmediato como el Dispositivo Post/Parto y la Salpingoclasia Post-Parto. Esta proyección comprende 24 diapositivas y solo se grabó en una versión de 22 minutos. (Ejemplos en páginas 146 a 153 ).

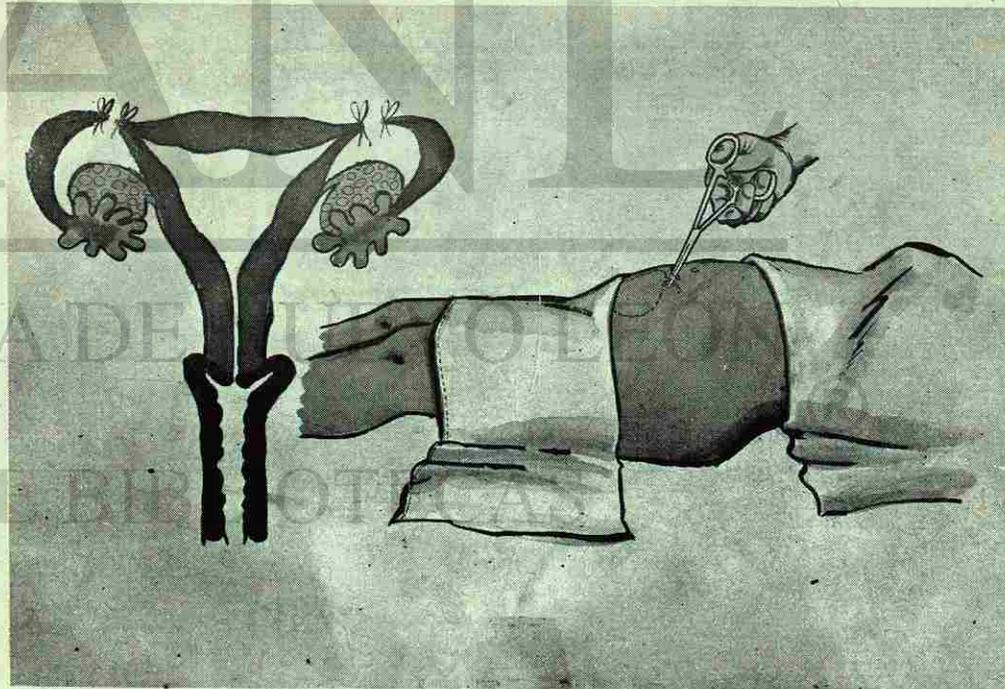
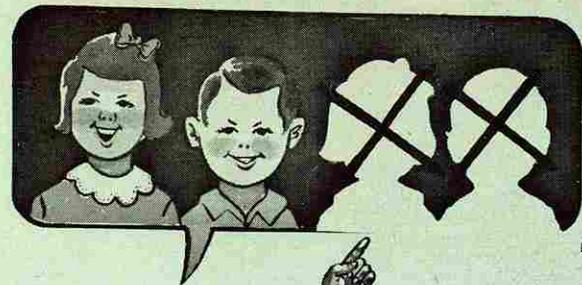
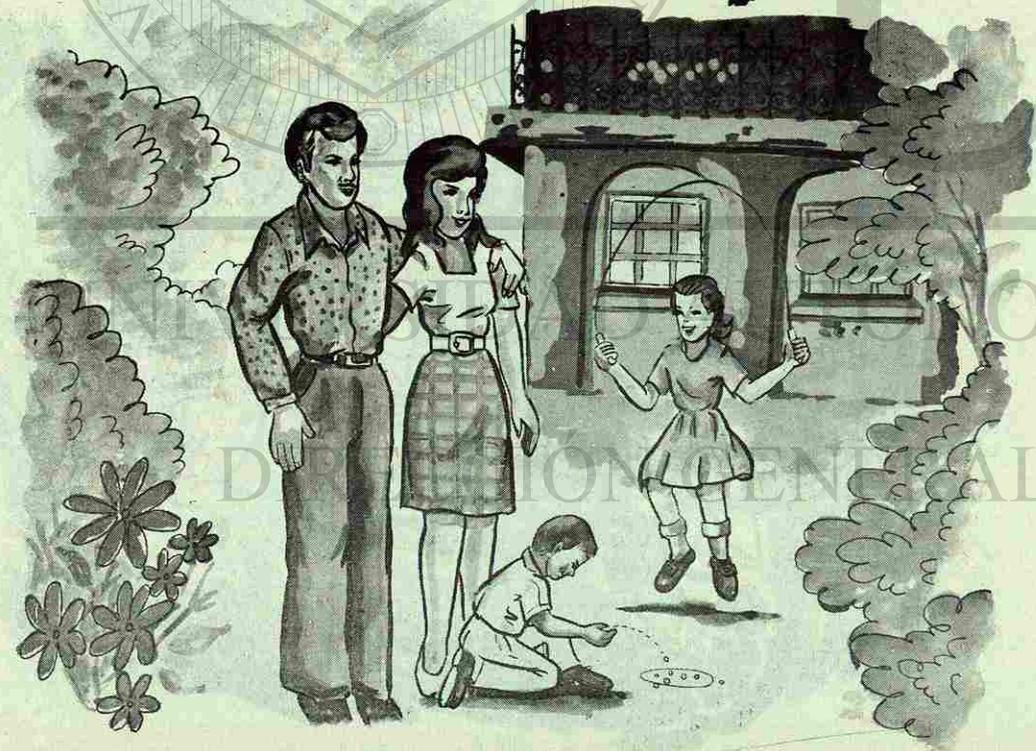
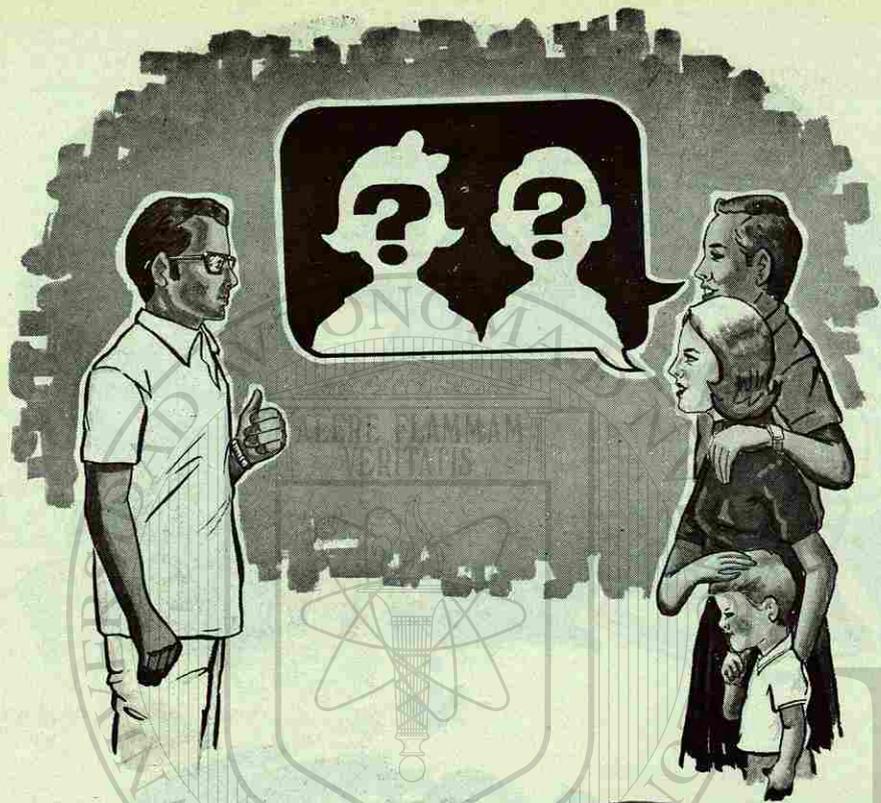
**PLANIFICACION  
FAMILIAR DEL  
POST-PARTO**

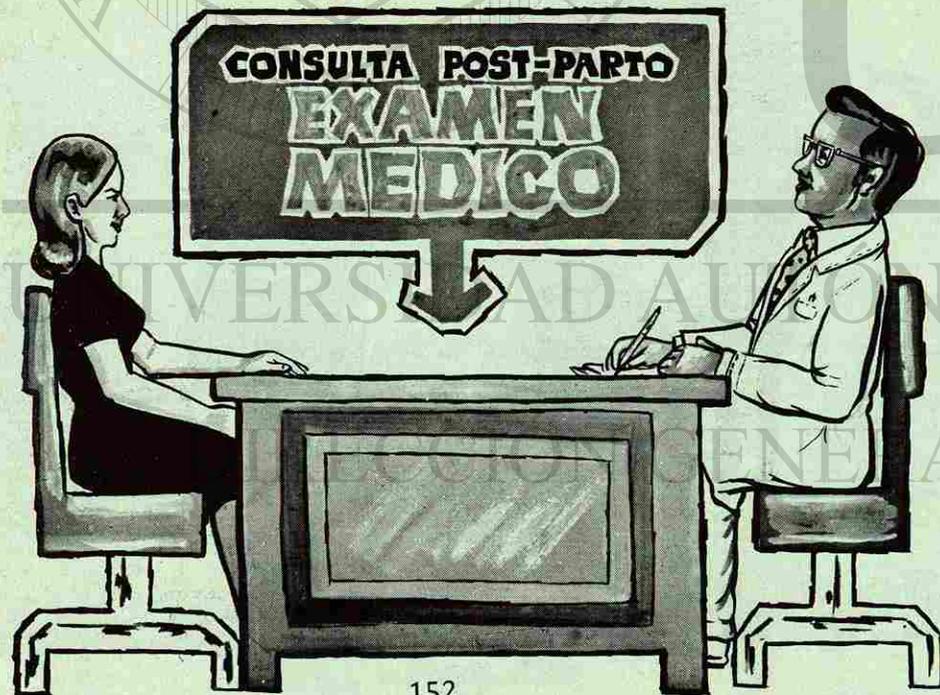
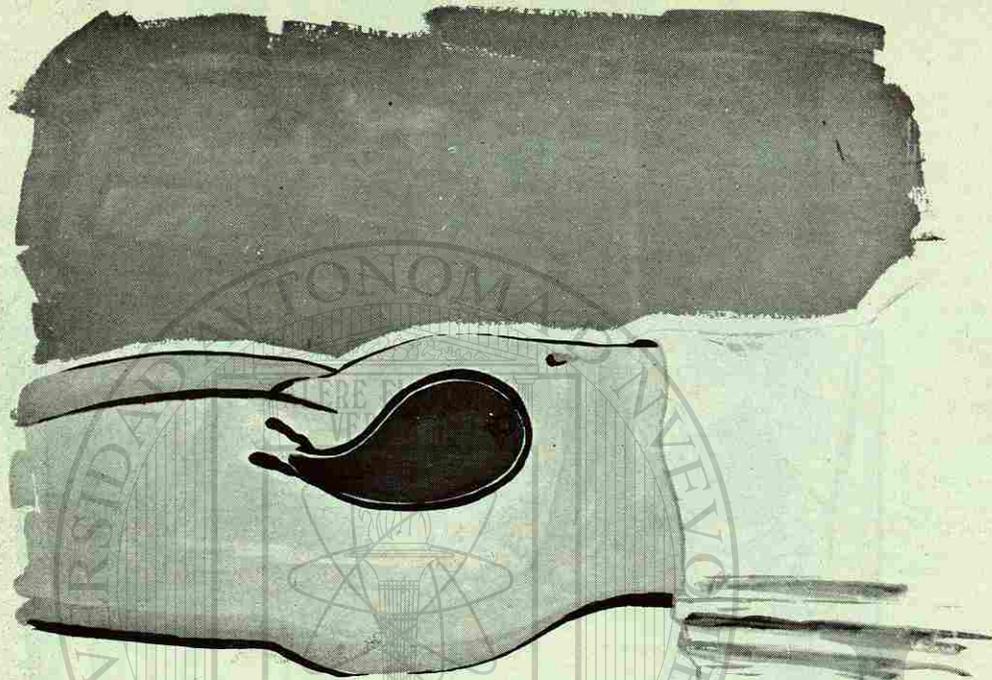


**FABRICA DE  
LECHE**







**DIRECCION GENERAL  
IDEAS Y TEXTOS**

Dr. Rogelio F. Garcia Flores

**EDICION**

Lic. Psic. Rosa Aurelia Ita Cruz

**DIBUJOS**

Arnaldo de León Gutierrez

**VOCES**

Consuelo T. Martinez

Honorato Gutierrez Ramos

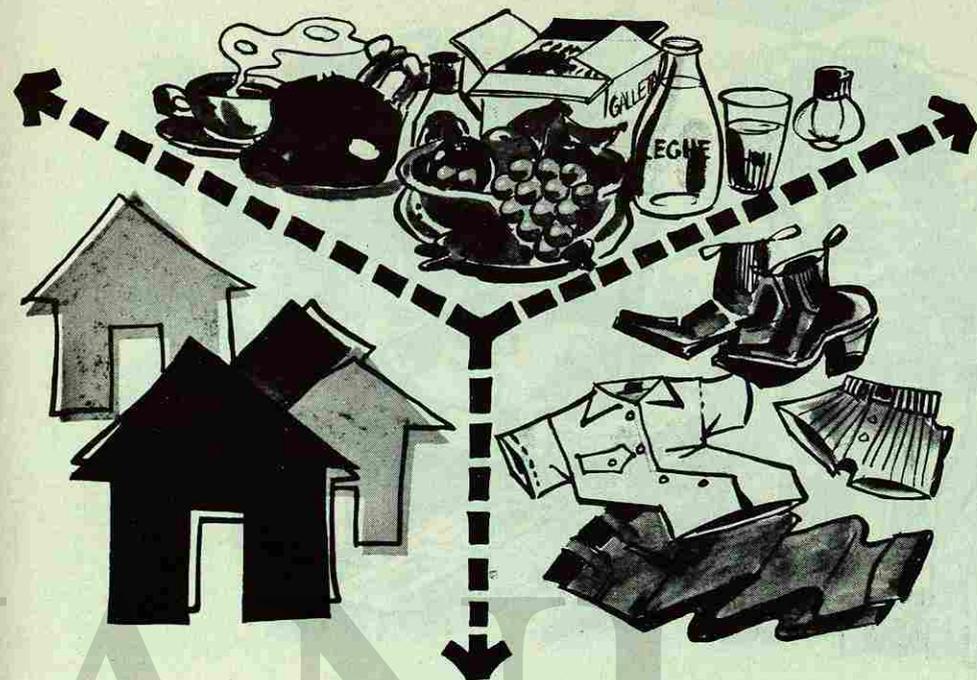
**PRODUCCION**Facultad de Med. de la Universidad  
Autonoma de Nuevo León

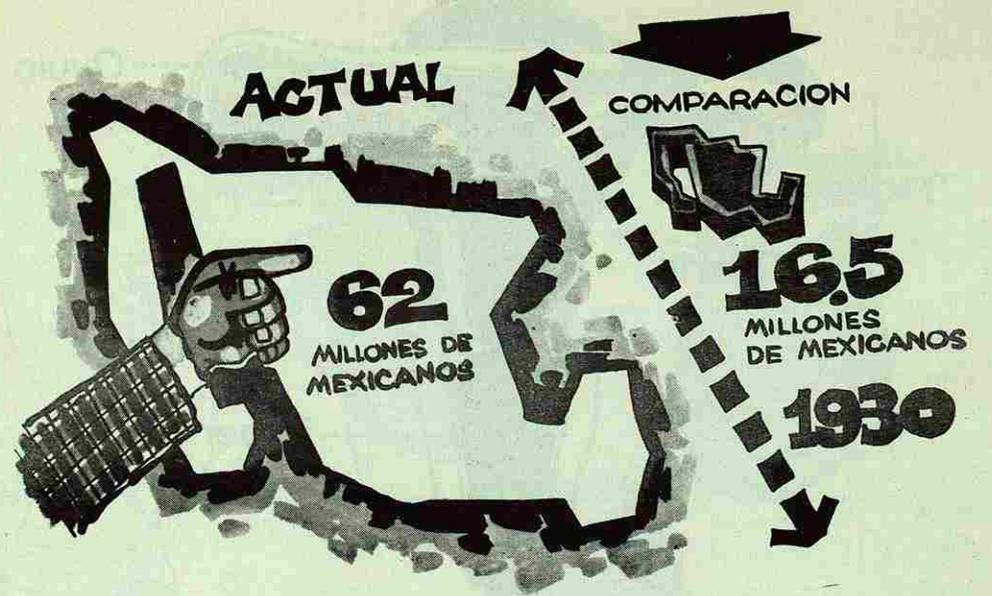
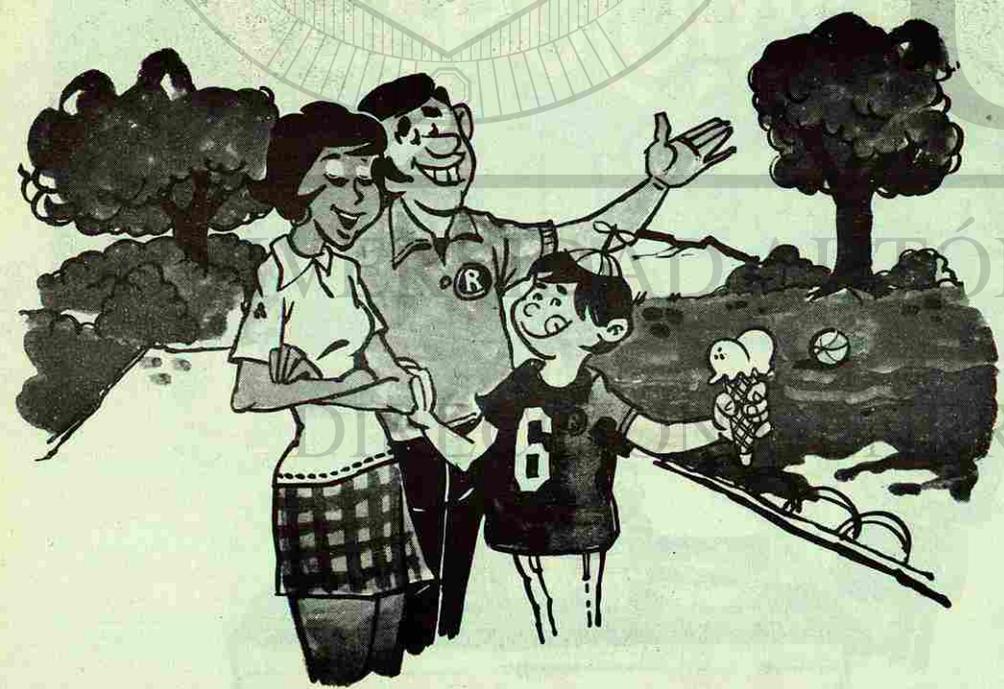
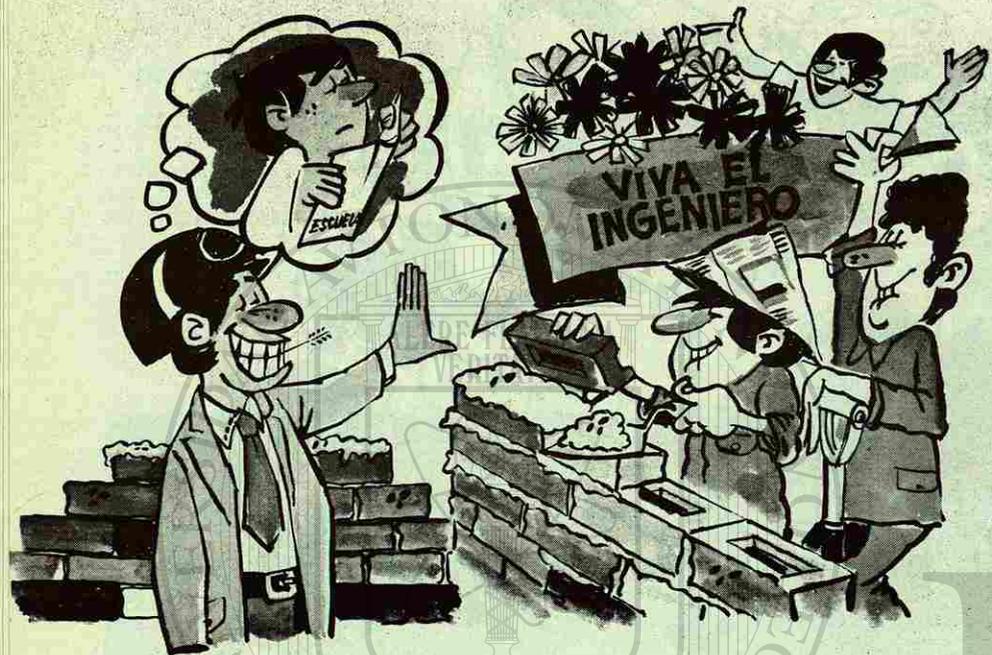
La tercera proyección, está integrada por 27 dibujos -  
y se grabó en una versión de 20 minutos. Su título es -  
" Vasectomía " ; las ideas que se transmiten son : a) la -  
necesidad de planear la familia y los beneficios obtenidos ,  
b) breve descripción del proceso de la fecundación c) - - -  
descripción del uso del preservativo y de la técnica de la -  
vasectomía d) breve descripción de la fisiología masculina -  
del acto sexual e) Mayor énfasis en la técnica de la vasce-  
tomía y la diferencia con la castración y f) información de  
nuestro programa. (Ejemplos en páginas 154 a 162).

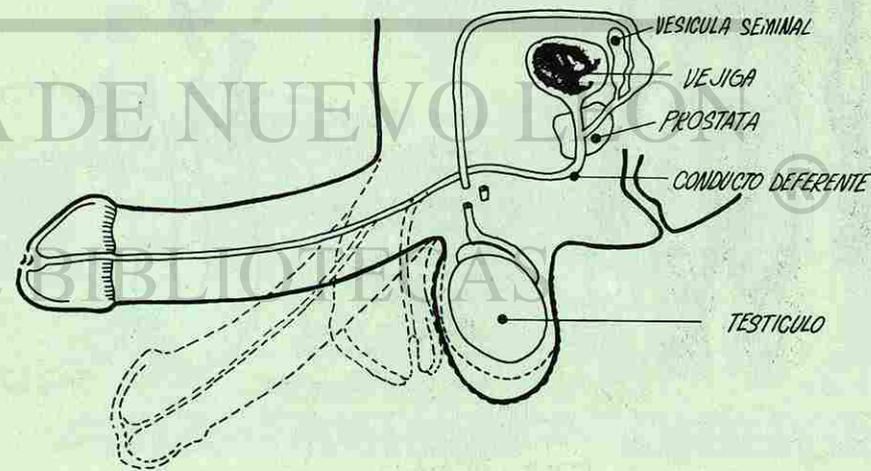
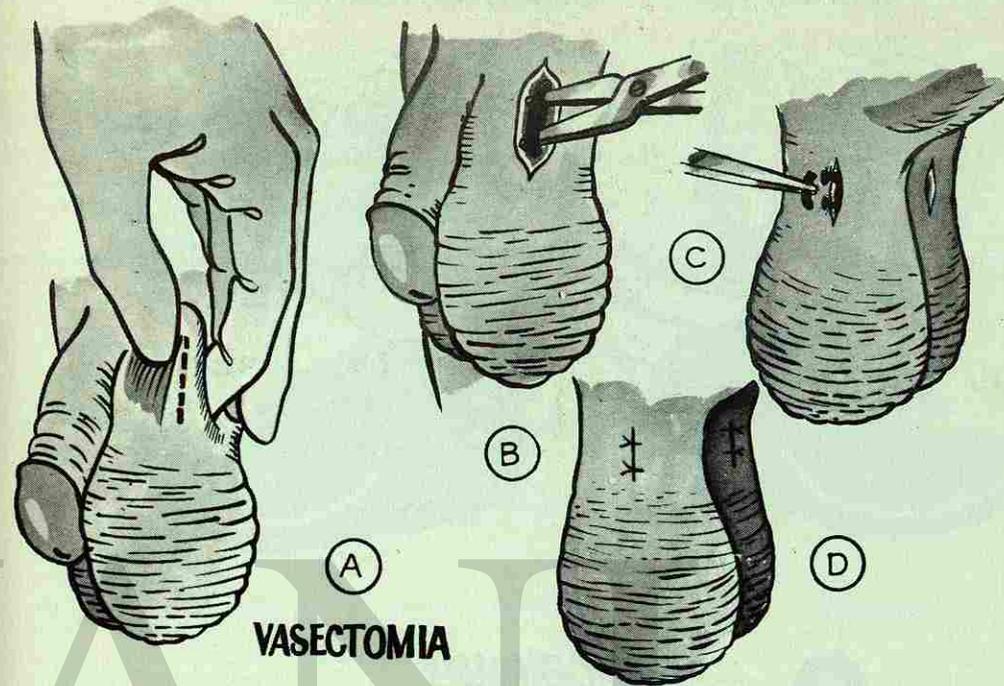
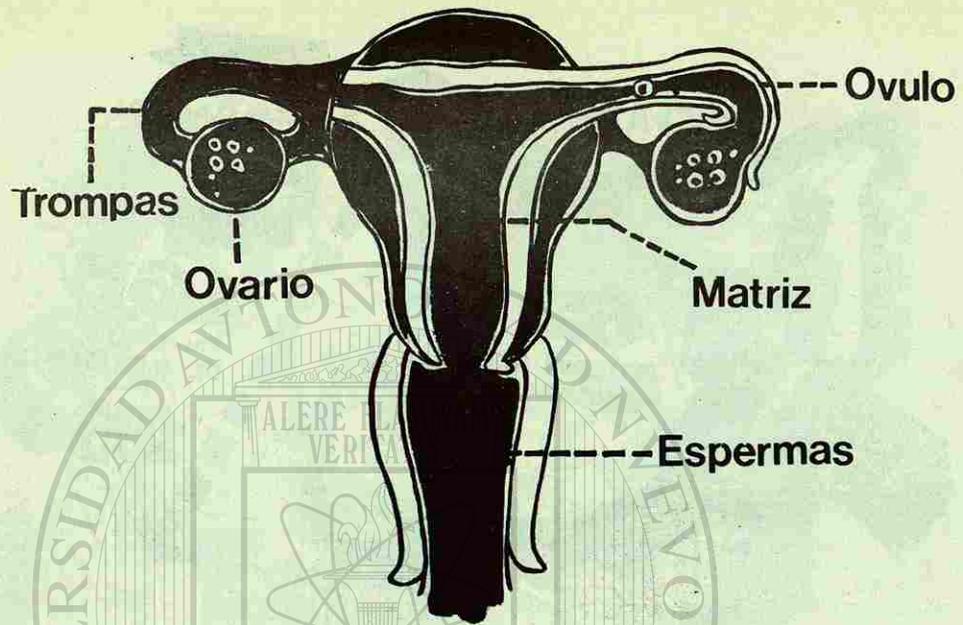
El sistema automatizado de proyección, nos ha permiti-  
do efectuar diariamente cuatro sesiones para pacientes -  
ambulatorios ( consulta externa ) y hospitalizadas ( puer -

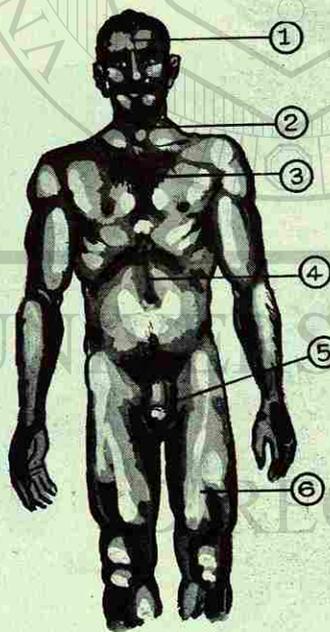
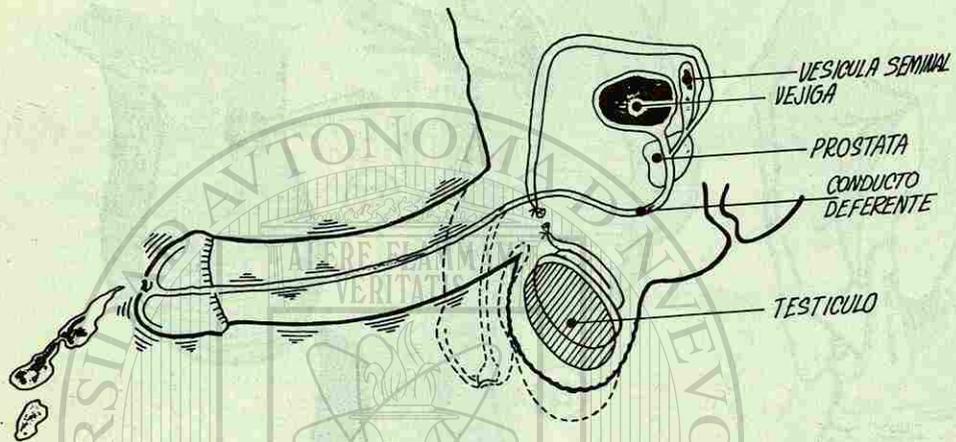
peras y post-abortos ). El promedio diario de personas que asisten a las proyecciones es de 120. Esto ha repercutido en un incremento considerable de la consulta de planificación familiar.

# Vasectomía



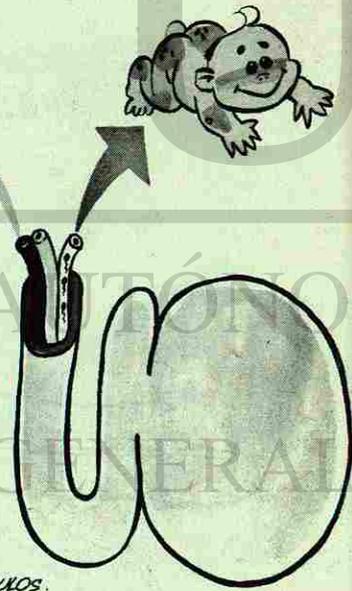






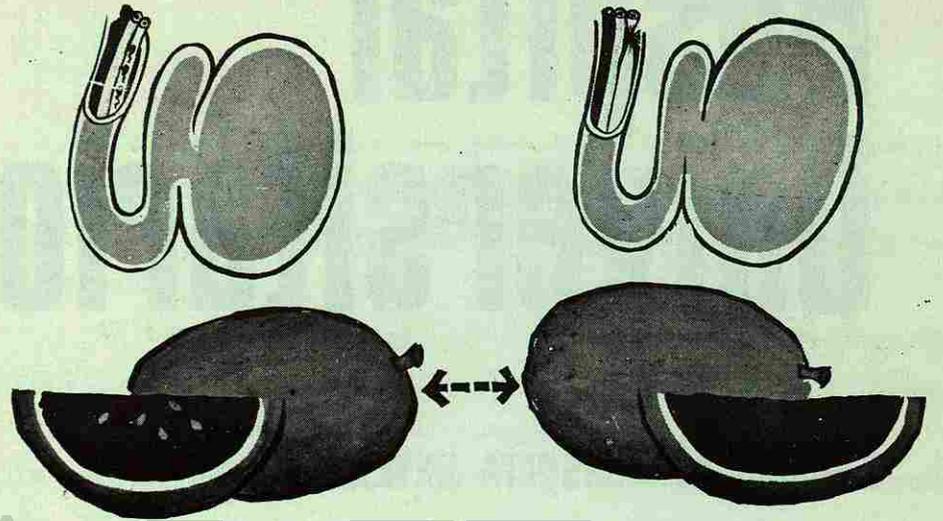
**HORMONAS**

- 1 DESEO SEXUAL
- 2 PROFUNDIZACION DE LA VOZ
- 3 CRECIMIENTO DEL VELLO CORPORAL
- 4 CARACTERES CORPORALES MASCULINOS
- 5 DESARROLLO DE LOS ORGANOS SEXUALES
- 6 FORMACION DE MUSCULOS Y TEJIDOS



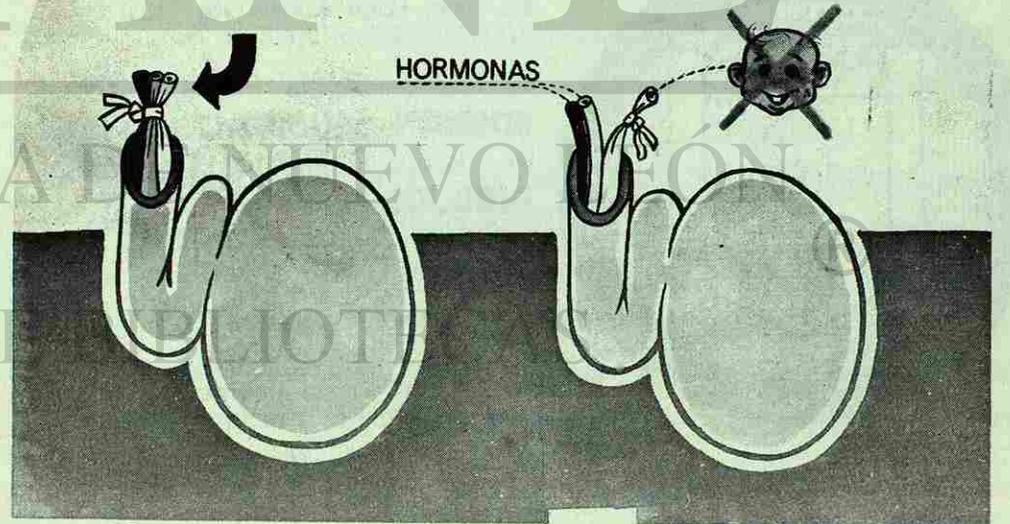
**NO VASECTOMIZADO**

**VASECTOMIZADO**



**CASTRACION**

**VASECTOMIA**



# Hospital Universitario

EDIFICIO DE CONSULTA EXTERNA

Consulta N° 2 PLANIFICACION FAMILIAR



## DIRECCION GENERAL

Lic. Psic. Rosa Aurelia It'a Cruz

Dr. Rogelio Garcia Flores

## EDICION MUSICAL

Dr. Jesus S. Martinez Elizondo

## DIBUJOS

Arnaldo de León Gutierrez

## VOCES

Irma Leticia Pinales

Luis Javier Flores R.

Honorato Gutierrez Ramos

## PRODUCCION

Facultad de Med. de la Universidad  
Autonoma de Nvo. León

## DISCUSION

Creemos firmemente que para establecer una verdadera y positiva actitud hacia la planificación familiar es preciso, que en los diversos programas no se descuide el aspecto educativo.

Al igual que la disponibilidad de los métodos anticonceptivos, debe ser motivo de honda preocupación, la estructuración de programas educativos que permitan instruir a la pareja respecto a los beneficios y métodos de esta rama de la Medicina Preventiva. Esto les dará facultad para ejercer una paternidad más responsable, y que sus hijos vivan en un sistema de vida más humano y con oportunidades para la superación. La ignorancia y la información incorrecta o defectuosa serán siempre obstáculo para un cambio hacia el progreso.

Así mismo, estamos conscientes de que esta proyección constituye el único punto de enlace entre nuestro programa y el público en general. Esta representa solamente un estímulo inicial que motiva a la consulta, y no substituye en forma alguna a la comunicación personal que debe establecerse en la relación médico-paciente.

Es responsabilidad del médico, el ampliar la información individualizándola a cada caso en particular y mantener esa motivación inicial, estimulando la confianza de la pareja.

ja en él y en los métodos que les indique. Solo así, las parejas tendrán la posibilidad de elegir en forma racional la aceptación o rechazo de estos programas .

### SUMARIO Y CONCLUSIONES

Conscientes de la escasa o nula información que sobre Planificación Familiar prevalece en nuestro medio; nos propusimos, elaborar un material que nos permitiera promover y difundir los principios, beneficios y métodos de la planificación familiar .

Considerando que el sistema audiovisual, es el más eficaz para este tipo de promociones, elaboramos tres proyecciones: Estas proyecciones son :

" Planificación Familiar", que se refiere a los métodos anticonceptivos de mayor efectividad, píldora, D.I.U., Salpingoclasia y Vasectomía .

" Planificación Familiar Post-Parto " se refiere a los cuidados y métodos anticonceptivos del puerperio inmediato y la proyección " Vasectomía " explica la técnica de la vasectomía y las ventajas de su uso .

Dichas proyecciones, están integradas por grupos de

diapositivas acompañadas de una grabación en la que se explica cada una de ellas, con un tema musical de fondo. Estas proyecciones se transmiten con proyectores de diapositivas equipados con audio y en forma totalmente automática.

En su elaboración se tomaron en cuenta los factores relacionados con la producción y difusión, tales como recursos disponibles, economía en tiempo y costo y funcionalidad. Los psicológicos como factores senso perceptuales y curvas de atención; los psicosociales como actitudes, motivación, identificación, necesidades de status y reconocimiento y posición.

Actualmente estas proyecciones se transmiten a un promedio de 120 personas diarias; entre pacientes ambulatorias y hospitalizadas

Hemos logrado con ésto un aumento importante en el número de pacientes que voluntariamente asistan a nuestra Clínica de Planificación Familiar; buscando consejo médico para la regulación de su fecundidad .



SIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO  
CCIÓN GENERAL DE BIBLIOTEC