

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

Uno de los objetivos del Programa de Planificación Familiar es contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad, con el pleno respeto a la decisión y a la dignidad de la pareja, a fin de contribuir en lo social y en lo familiar a un mejor equilibrio entre el crecimiento económico y demográfico del país. Para cumplir con este objetivo el Sistema Nacional de Salud ha implementado una política tendiente a extender la cobertura a áreas rurales y urbano-marginadas del país, con la ayuda de las instituciones oficiales, descentralizadas y privadas de Salud y Educativas.

A esta política se ha unido la Universidad Autónoma -- del Estado de Nuevo León a través de sus unidades de Ciencias de la Salud, en la que se encuentra ubicada la Facultad de Enfermería bajo un "Programa de Desarrollo de Enfermería" que se implementa en coordinación con la Secretaría -- Estatal de Salud, en las unidades aplicativas pertenecientes a la Unidad Docente-Asistencial de la Cruz Verde de Apodaca Nuevo León.

La participación de la Facultad de Enfermería es a través de su planta de maestros y alumnos en formación, los --

cuales a través de actividades asistenciales y promocionales en la comunidad, tratan de integrar a las familias al Programa de Planificación Familiar, que se implementa en las unidades aplicativas y en la Unidad Docente-Asistencial.

Al participar en la práctica comunitaria, como estudiante de la maestría, con especialidad en Salud Comunitaria, se observó en el transcurso de un año, y durante la práctica en la Casa de Salud Lázaro Cárdenas de Cadereyta Jiménez N.L., una deserción importante de usuarios al Programa de Planificación Familiar. Al percibir dicho fenómeno, nació la inquietud de analizar el motivo por el cual estos usuarios abandonaban el programa.

El presente trabajo tuvo como propósito, identificar si el origen de la deserción estaba en el proceso de toma de decisiones que realizaron las parejas para ingresar al programa que se implementa en dicha Casa de Salud.

La metodología empleada para realizar el estudio fue descriptiva y consistió inicialmente en observación no estructurada; seguimiento a usuarios e historias de vida, los cuales permitieron ubicar y definir el problema objeto de este estudio.

Es preciso señalar que una investigación de esta naturaleza, puede verse afectada por una serie de variables no controladas presentes en: 1) la instancia de aplicación del instrumento; 2) en el encuestador mismo y 3) en el observa-

do, lo cual ofreció ciertas limitaciones, al momento de procesar la información y validar los resultados. Consciente de esta posibilidad es que se trató de dar el mayor cuidado posible a fin de presentar a manera de conclusiones la información más fidedigna. Sin dejar de reconocer que pueden haber errores en las diferentes etapas del diseño del estudio.

Cabe mencionar que los objetivos de este estudio estaban orientados a establecer las diferencias en cuanto a la decisión tomada para ingresar al programa de Planificación Familiar entre la población de usuarias activas y la población de usuarias "pasivas", a fin de poder explicar las causas que determinaban la deserción de unas y la permanencia de otras.

Los resultados obtenidos evidenciaron que el grupo considerado "pasivas" estaban planificando aun fuera del Servicio; por lo que se determinó que eran pasivas desde el punto de vista administrativo.

Tanto el estudio, como los resultados, pueden ser utilizados por el profesional de enfermería que trabaja en unidades aplicativas, en programas de planificación familiar, así como alumnos de Post-Grado de Escuelas de Enfermería que participen en dicho programa. El cual puede ser considerado como guía en el análisis de la toma de decisiones que hace la pareja para ingresar al mismo.

El propósito específico, es el de aportar los resultados de un primer contacto con las parejas que han decidido planear el número de hijos. Los mismos se verán enriquecidos por aquellas personas interesadas en participar en estudios tendientes a determinar las causas de deserción de los programas de Salud.

## I.- ANTECEDENTES

México vivió durante el siglo pasado con la idea de -- que era necesario fomentar el crecimiento de la población -- para lograr el desarrollo del país y la preservación de su soberanía. Durante el siglo XIX y hasta 1936 las políticas de población estuvieron implícitas en el que hacer oficial, sin que mediara documento alguno que recogiera estas inquietudes en forma de mandato legal.

Estas políticas quedaron finalmente explícitas en la -- primera Ley General de Población promulgada en 1936, la -- cual perseguía como objetivo fundamental preservar la soberanía nacional y señalaba la necesidad de repoblar el territorio. Una de las estrategias básicas para lograr esto último, quedó asentada en dicha ley y consistía en procurar -- el crecimiento natural de la población, fomentando el matrimonio y aumentando la natalidad. Esta ley fue reemplazada por la Ley General de Población en 1947, la que insistía en los aspectos pronatalistas de la política demográfica de -- entonces, sin diferir en lo sustancial de lo anterior.

A partir de 1920 y por espacio de 50 años, el crecimiento de la población fue elevado y constante como resultado --

de la estabilidad política, la paz social y el desarrollo socioeconómico, así como de las mencionadas políticas demográficas del país.

Los primeros servicios de Planificación Familiar en México fueron proporcionados por el Sector Privado desde 1920, concretándose en casos aislados.

En 1965 se constituyó la Fundación para Estudios de Población, fue entonces que se empezaron a ofrecer servicios anticonceptivos en áreas urbanas marginadas, más escasamente en áreas rurales.

En 1970 la población de México alcanzó la cifra de cincuenta millones de habitantes, con lo cual los objetivos de la Primera Ley General de Población quedaban cumplidos, y era necesario reorientar la política demográfica nacional.

En 1974 se realizó la Conferencia Mundial de Bucarest, durante el año Internacional de la Población en 1976, donde se formuló el correspondiente Plan de Acción Mundial. México como participante en esa reunión, reconoció la necesidad de la planeación del fenómeno demográfico y definió su decisión de iniciar acciones específicas en el campo de la planificación familiar. Ese mismo año se aprueba en México un Nuevo Código Sanitario, en el que se derogó la prohibición de la venta y propaganda de anticonceptivos.

En 1974 es publicado en el libro oficial del 31 de Diciembre el artículo 4<sup>to</sup> constitucional el cual expresa: "El varón y la mujer son iguales ante la ley", Esto protegerá la organización y el desarrollo de la misma, Así mismo expresa que: "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos"<sup>1</sup>.

En 1976, se había expandido el programa a la mayoría de las Clínicas urbanas dependientes de las instituciones oficiales. La mayor parte de las acciones fueron desarrolladas de manera independiente por cada Institución, ello motivó a que en 1977 se elaborara un plan con objetivos, estrategias y metas demográficas y de salud para el sector público y se creara la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar del Sector Salud. Durante el período de 1977 a 1980, en el que esta coordinación continuó vigente, se logró ampliar en forma sustancial la oferta de Servicios al área rural,

Al igual que el plan elaborado en 1977, el Programa Interinstitucional de Planificación Familiar para el sexenio 1983-1988 está enmarcado dentro del contexto de la salud Materno-Infantil.

Se destaca que el Consejo Nacional de Población, ha --

1. Secretaría de Salud. Planificación Familiar. "Fecundidad, Anticoncepción y Planificación Familiar". Vol. 1, N° 5, 1981.

establecido metas muy precisas sobre el crecimiento de la población, que sería deseable alcanzar en el año 2000, es claro que las leyes conciben a la planificación familiar -- como un medio y nunca como un fin por sí mismo.<sup>1</sup>

El Programa Interinstitucional de Planificación Familiar, tiene como objetivos fundamentales: Mejorar la Salud Materno-Infantil; disminuir la incidencia del aborto, proporcionar la información y los servicios que permitan a las parejas decidir sobre el tamaño y características de sus familias, como consecuencia de todo lo anterior, contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad, con pleno respeto a la decisión y a la dignidad de las parejas, a fin de colaborar en lo social y en lo familiar a un mayor equilibrio entre el crecimiento y el desarrollo económico y demográfico.<sup>2</sup>

Hasta el presente se ha cumplido con las metas demográficas establecidas, pero se está lejos de adoptar una actitud triunfalista. El reto para el programa de Planificación Familiar durante los próximos años es cuantitativamente superior al que tuvo durante la administración pasada, ya que la meta es alcanzar un crecimiento poblacional del 1.9% - - anual en 1988; el total de mujeres será para ese año de 21

---

1. URBINA FUENTES M. VERNON CARTER R. "La Investigación Psicosocial y de Planificación Familiar en México". Salud Pública Mex, 1985; 27: 267.

2. IDEM.

millones, de las cuáles 13.3 millones se encontrarán dentro de algún tipo de unión. Para alcanzar las metas será necesario que 7.6 millones de estas mujeres usen algún método anticonceptivo moderno, y se espera que 600.000 parejas recurran a alguno de los métodos tradicionales. Hasta ahora, se han incorporado a las prácticas anticonceptivas principalmente a las personas que tienen más fácil acceso a los servicios. Pero en estos momentos se deberá ampliar la cobertura al área rural y urbana marginadas, a la mujer campesina y a los adolescentes.

Para lograr ésto, se piensa hacer énfasis en la coordinación de las actividades de las diferentes instituciones y realizar encuestas, estudios biomédicos, mejorar los sistemas de registro institucionales, utilizar más intensivamente los recursos comunitarios de salud; incrementar la participación de los varones en la planificación familiar, fomentar la producción nacional de anticonceptivos, mejorar los sistemas de distribución de los mismos, ampliar de diversas maneras las actividades de información, comunicación y educación.

A partir de 1976, se han realizado encuestas nacionales demográficas y de prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos, tendientes a evaluar la prestación de los servicios. De su análisis se concluye que la tasa global de fecundidad disminuyó de 6.03% en 1975 a 4.13% en 1981. Este

descenso, lo relacionaron a un aumento proporcional de mujeres unidas que usan métodos anticonceptivos, tanto en área urbana como rural, a través del uso de los servicios prestados por algunas Instituciones como el Instituto Mexicano -- del Seguro Social (I.M.S.S.); Instituto de Seguridad Social y de Servicios de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.); y los Servicios de la Secretaría de Salud. (S.S.).

La información que proporcionan las encuestas es considerada invaluable para incrementar la eficiencia de los programas. Pero también ha sido invaluable la información resultante de las investigaciones de carácter psicosocial formativa, las que permiten tener información del conocimiento, actitudes y prácticas de la anticoncepción y de los -- ideales reproductivos. Se ha destacado que estos estudios son la única ventana que se tiene para conocer los aspectos de los procesos de percepción y debate de la anticoncepción.<sup>1</sup>

Referente a estas investigaciones se cuenta con información internacional, nacional y local. Se incluirán en -- este estudio las variables que han sido estudiadas, cuyos -- resultados servirán de apoyo y marco de referencia para el problema que se pretende investigar.

Estas investigaciones en su mayoría, se han focalizado en la mujer como miembro activo en la planificación familiar,

---

1. URBINA FUENTES M. y VERNON CARTER R, IBID Pag. 8

y el hombre ha quedado en parte relegado, como opinión autorizada en la pareja para decidir acerca de la conducta natal.

A manera de referencia, se incluyen resultados obtenidos en investigaciones psicosociales, cuyas variables tienen relación con el tópicó que se pretende abordar en el presente estudio; "Deserción de Usuarías del Programa de Planificación Familiar de la Casa de Salud Lázaro Cárdenas, Cadereyta Jiménez, N.L."

La deserción es considerada como un problema multicausal; el cual exige ser abordado desde el punto de vista del estudio de la conducta natal de la pareja; de sus antecedentes individuales con sus respectivas familias de origen; y de sus antecedentes como pareja. Parte de estos aspectos han sido explicados por los autores que se mencionan a continuación:

Linn<sup>1</sup> y otros en dos estudios en E.E.U.U. (1976-1978) referente al tamaño de la familia, concluyeron que el número de hijos deseados era menor que el número de hijos actuales que tenía la familia; y que ello no es solamente función del conocimiento del control natal, sino que se relaciona a la edad al casarse; a los primeros años del matrimonio; al embarazo; a la edad en el momento del último parto; y al hecho de mantener actitudes sobre el tamaño ideal de la familia. Como obstáculo para el control natal plantearon la persisten

---

1. LINN N.W. CARMICHAEL, J.S., KLILENICK, WEBE N.E. GUREL, L. "FERTITLY REALTED ATTITUDES OF MINOFITY MOTHERS WITH LARGE AND SMALL FAMILIES" SPANISH SPEAKING MENTAL HEALTH RESERACH CENTER. UNIVERSITY OF CALIFORNIA 1978.(1)-44.

cia del ideal de familia grande y experiencias inefectivas en el uso de métodos anticonceptivos.

Las familias inmigrantes tenían familias pequeñas y se mostraron negativas hacia el control natal.

Hofferth<sup>1</sup> en E.E.U.U. (1981) encontró en su estudio que los padres cambian sus deseos sobre el tamaño de la familia, después de la primera experiencia con los hijos, o después de un embarazo difícil.

Hill en Puerto Rico<sup>2</sup> (1968) al estudiar a las familias que habían fracasado en una de las tareas esenciales del -- matrimonio como es el controlar el tamaño de la familia de acuerdo con las metas de la misma; pudo concluir que la unidad óptima de observación es la familia misma y su ambiente Social y demostró que la esposa ha sido sobrestimada y el -- marido subestimado como tomadores de decisión en el proceso reproductivo.

Los investigadores jerarquizaron el significado de la parentela, de los vecinos y de cierto personal profesional como sujetos de influencia en la decisión de los padres de tener ya suficientes hijos; y en el descubrimiento de los --

- 
1. HOFFERTH S.L. Childbearing decision making and family Well-Being. Adynamic, Sequential Model. Tomado de Sociological Review. Vol, 48, 1983 Pag. 533.
  2. HILLR. Tomado de "Asociación Colombiana de Facultades de Medicina-División Estudios de Población. Estudios de Planificación Familiar Volúmen III, Pag. 33, 1969,

servicios anticonceptivos. Opinaron que este ambiente social generalmente representa un elemento significativo en la Socialización de la persona hacia la modernidad.

Urdanieta, N.L.<sup>1</sup> en E.E.U.U. (1975) encontró que el -- uso esporádico y eventual de anticonceptivos, se debía a -- una falta de interés en el control de la natalidad, más que a la falta de disponibilidad de un método efectivo.

Covarrubias en México<sup>2</sup> (1981) encontró una asociación positiva, en cuanto a más pequeño el tamaño de familia pequeña, más pequeño el tamaño numérico de familia ideal y el de familia grande. Con respecto a factores actitudinales para la planificación familiar, la medición resultó positiva hacia un cambio, respecto a que: mejoró la Solidaridad Social, disminuyeron los obstáculos religiosos ej.: (que -- ayuda a vivir mejor; alcanza el dinero para darle a los -- hijos lo necesario (ropa, comida, zapatos, estudio y más -- atención). Puntualizó que el hecho de haber disminuído la vergüenza para hablar de fisiología reproductiva, es un -- signo positivo hacia la planificación familiar.

Shedlin en México<sup>3</sup> (1978) encontró factores que bloquea

1. URDANIETA N.L. "The Chicano Experience", Flesh, Posts, Fait, or Fian ces. Fertility rates among. Mexican-Americanas, West & Macklin (eds) Westvieu, Pag. 12
2. COVARRUBIAS A.C. GONZALEZ DE R.O. "La Comunicación y el cambio cognocitivo, Actitudinal y Conductual en la Planificación Familiar" en la Revolución Demográfica. Martínez Manautou J. editor. IMSS, México -- 1982, Pag. 170.
3. SHEDLIN M.G.; HOLLERBACH P.E. "Modern and Traditional Fertility Regulation in a Mexican Community: Factors in th process of dedision - - making", Center for Population and Family Health. Columbia, University, New York. Population Council, Sept. 1978 Pag. 43.

Dan y reducían la habilidad y motivación para regular la natalidad tales como el considerar a los hijos como fuente de Status Social y Autoestima. Con respecto a factores que favorecían la planificación familiar, visualizó que aquellas mujeres que estaban altamente motivadas para controlar el número de hijos, estaban usando el momento de la entrevista, los métodos de abstinencia y lactancia, en último caso recurrirían al infanticidio.

Pudo concluir además, que la comunicación sobre control natal esposo-esposa era mínima; con influencias negativas del esposo y suegra.

PIACT, A.C. de México<sup>1</sup> (1978), concluyó en su estudio que cuando la pareja se decidía por algún método anticonceptivo, quienes más influían eran los médicos, seguidos por la familia de ambos, para las mujeres; no así, para los hombres en los que una fuente importante fueron los amigos y vecinos. Para los hombres una fuente negativa hacia la planificación familiar fueron los médicos y los familiares de ambos cónyuges. Cuando se trataba de la elección de un método anticonceptivo quirúrgico, era el esposo quien más influía en la decisión y en segundo lugar el médico.

Cuando se trataba del DIU el médico era el más impor

1. PIACT, A.C. de México. Citado por I.T.E.S.M, División de Ciencias y Humanidades, "Casos, Problemas y Material de Apoyo", Monterrey, N.L. México, 1983, pág. 533-545

ante. Encontrando que las fuentes informales son de relevancia en la elección de métodos.

Las mujeres estudiadas demostraron interés por los métodos anticonceptivos y por saber más acerca de ellos. Encontrándose influencias positivas de los médicos respecto al uso de los mismos. Pero a la vez hubieron opiniones respecto a que los anticonceptivos no proporcionaban beneficio directo a la salud; entre otros aspectos negativos disminuían el placer sexual, alteraban los nervios, y podían nacer niños deformes.

García R. Ita R. Pinales<sup>1</sup> en Nuevo León (1975) concluyeron en su estudio respecto al número ideal de hijos, que esta opinión emitida por hombres y mujeres está relacionado con la escolaridad y la edad al matrimonio. A mayor escolaridad y a mayor edad se efectúa el matrimonio, es menor el número de hijos que se desean. Consideraron a los hijos como el factor principal de satisfacción en su vida marital.

Visualizaron que la práctica religiosa, no parece determinar el ejercicio de la práctica anticonceptiva, ya que un (2.0 % de N=348), expusieron motivos de tipo religiosos para no usar anticonceptivos. Encontraron que el número de hijos real de las parejas parece ser influido por el sexo de los hijos y el número de hijos de la familia pater-

1. GARCIA R., ITA R., PINALES I, "Estudios Psicosociales en la Reproducción Humana".  
Unidad de Biología de la Reproducción, UANL  
R. García, R. Ita, I. Pinales. Editores 1981,  
Vol. 1. pág. 93.

na, siendo esta última relación, de mayor importancia para la mujer que para el hombre. Cuando la familia paterna es mayor de 6 hijos, la mujer tiende a tener menos hijos que la familia de sus padres.

Flores A.<sup>1</sup> En Nuevo León (1976), puntualizó que hay oposiciones al control natal, cuando los esposos no platican -- del tema. Sólo se encontró una respuesta mínima de estas mujeres hacia el uso de métodos anticonceptivos; atribuyendo la respuesta a la poca autonomía decisoria de la mujer. Por lo tanto concluyó que un incremento en la comunicación esposo-esposa favoreció la toma de acciones positivas hacia el control natal y uso de métodos, debido a que el mayor porcentaje de mujeres que estaban planificando en el momento de la encuesta, habían platicado al respecto con su esposo.

Vázquez L.<sup>2</sup> En Nuevo León (1979) concluyó en su estudio que el hombre y la mujer conjuntamente ocuparon el primer lugar, en la toma de decisiones para planear los hijos, en segundo lugar la mujer sola, quedando al final la decisión -- masculina. Aquellas parejas que tenían un mayor número de hijos, justificaron que les garantizaba una mayor seguridad económica de futuro.

Como obstáculo al control natal argumentaron, implica--

- 
1. FLORES A.A. Salud de la Población de Guadalupe, N.L. "Análisis de Resultados de una Encuesta". Publicación del Programa de -- Salud, Guadalupe, U.A.N.L. 1976, pág. 43
  2. VAZQUEZ L.E, Planificación Familiar "Estudio Socioeconómico de Planificación Familiar para el área metropolitana de Monterrey, Centro de Investigaciones Económicas", U.A.N.L. 1a. Ed. 1979, pag. 78

ciones sociales en el uso de anticonceptivos, a que había una información limitada sobre métodos y disponibilidad de ellos. La información existente era incorrecta, refiriendo daños a la salud.

Respecto a la deserción de usuarias visualizó que el embarazo deseado fué la causa más importante por lo que las mujeres de los estratos jóvenes dejaron de utilizar algún método anticonceptivo.

Las personas que dejaron de asistir a recibir atención de planificación familiar o en su defecto abandonaron algún método anticonceptivo, argumentaron algún tipo de perjuicio del método en su organismo.

## II.- DETECCION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE ESTUDIO

Durante el desarrollo de la práctica comunitaria en la Casa de Salud Lázaro Cárdenas, y en lo que respecta al Programa de Planificación, fue posible detectar a través de la revisión documental de la usuaria, la ausencia de registros de sus visitas posteriores luego de haberse iniciado en el Programa, lo que fue calificado como abandono.

La situación así planteada determinó que se iniciara la búsqueda de información, a fin de determinar las posibles causas de deserción de las usuarias.

Si bien se consideraron las causas planteadas en los estudios mencionados, se planteó la posibilidad de determinar otras, para esta población en particular, por tratarse de un contexto diferente y del que no se tenía información que permitiera retroalimentar el programa. Por estas razones se decidió iniciar las etapas preliminares de la investigación, con observación y estudio de seguimiento; a fin de conocer algunos aspectos generales, que permitieran precisar el problema.

Se inició con observación directa no estructurada, durante el horario de consulta y en el momento en que la nueva usuaria iniciaba su trámite de ingreso.

Se visualizó que la señora que viene por primera vez,

es recepcionada por la pasante en enfermería (personal del equipo de salud que ha culminado la carrera de Licenciatura en Enfermería, que está realizando su Servicio Social); - - quién registra y distribuye números para las consultas. La señora pasa a consulta médica, para valoración general, - - cuyo interrogatorio se enfoca a datos de identidad, edad, - antecedentes personales de enfermedad, que podrían ser impe dimentos para el uso de uno u otro método anticonceptivo.

Se le interroga sobre el número de embarazos, hijos -- vivos, hijos muertos, abortos, deseo de más hijos, nivel de escolaridad. De acuerdo a apreciación y diagnóstico de la situación personal, el médico sugiere el método a usar, - - tomando en cuenta la opinión de la consultante. La indicación está sujeta a la disponibilidad de método existente en ese momento en la Casa de Salud. En general la explicación y orientación que se hace a la usuaria es breve, respecto - de uso, efecto y contraindicaciones del método y en especial en lo que se refiere a anticonceptivos orales e inyectables.

El regreso de la usuaria a control depende del método seleccionado. Para anticonceptivos orales e inyectables de berá de volver cada mes, mientras que para otros métodos el tiempo puede ser mayor, por ejemplo: DIU recibirá un control al mes de colocado y si no existen problemas, regresará a - los seis meses.

Sistemáticamente al mes de iniciarse en el uso de un -

método, la usuaria debe ser valorada en búsqueda de signos y síntomas de intolerancia, tales como: aumento de presión arterial, aumento de peso, presencia de cefaleas, vómitos, trastornos de carácter, dolor en miembros inferiores, presencia de várices; éstos síntomas son válidos para anticonceptivos orales e inyectables. De la presencia o no de -- uno de ellos depende si se reitera o no la indicación inicial.

Con la finalidad de evitar estos efectos se han estudiado diversas combinaciones de estrógeno y progestógeno, para de esta manera imitar el ciclo menstrual normal. Se ha introducido un anticonceptivo oral trifásico de 21 días con tres niveles de medicación, o sea: seis días con 50 mgrs de levonorgestrel y 30 mgrs. de etinilestradiol, cinco días con 75 mgrs. y 40 mgrs. respectivamente, y diez días con 125 mgrs. y 30 mgrs. respectivamente. Al aumentar lentamente el progestógeno durante el ciclo y variando el nivel de estrógeno se cree lograr mejor substitución del ciclo menstrual, inhibiendo eficazmente, al mismo tiempo, la ovulación con la dosis baja total del ciclo, y de esta manera -- lograr disminuir los efectos colaterales indeseables.

El uso de estos anticonceptivos podrían ser una alternativa ideal para la pareja usuaria joven, que desee espaciar los hijos.

Con respecto al DIU, una vez colocado pueden aparecer sangrados frecuentes intermenstruales constituyéndose en un signo de intolerancia que hace que sea retirado, deba -- cambiarse por otro método o recurrir al método quirúrgico.

Un porcentaje bajo de usuarias utiliza preservativos u otro método de acción local.

De las usuarias activas en el programa, ocasionalmente solicitan se les controle y necesitan privacidad para -- decir que "vienen por las pastillas".

Posteriormente a la observación directa se efectuó un estudio de seguimiento para corroborar realmente cual era la dimensión de la deserción. Se siguió a un grupo de diecinueve usuarias que ingresaron en Febrero de 1984, a Febrero de 1985. Del total sólo llegaron al año cuatro de ellas, lo que significó un porcentaje de 21% de diecinueve. Las ausencias fueron por dos, tres, diez y hasta once meses, -- donde los períodos más largos podrían estar justificados -- por embarazos, coincidiendo con el período que la pareja -- había planeado para tener un nuevo embarazo. Mientras que las demás usuarias que no llegaron al período de un año, es de suponer que continuaron planificando en otra institución o por su cuenta.

Aparte de las causas planteadas por los autores de los estudios mencionados, existen otros factores que pueden -- tener su origen en la falta de información y educación -- respecto de sexualidad y metodología anticonceptiva; así -- como podría encontrarse la falta de un real entendimiento -- por parte de la pareja, respecto de sus roles y responsabilidades compartidas, máxime donde todavía existe vergüenza para hablar de sexo, debido seguramente a que este tema no ha sido tratado durante el proceso de socialización de cada uno de los miembros de la pareja.

De acuerdo a la situación detectada en la observación, directa, y los datos obtenidos en el seguimiento a usuarias del Programa de Planificación de la Casa de Salud; más resultados de estudios realizados por otros autores, acerca del problema de la deserción y conducta natal, se plantean las preguntas siguientes:

- 1.- ¿Cuáles son él o los factores (culturales, sociales, económicos, morales, psicológicos, médicos o fisiológicos), que puedan explicar la deserción de la usuaria del Programa de Planificación Familiar de la Casa de Salud?
- 2.- ¿Puede ser explicada la deserción de la usuaria porque faltó información sobre el uso y cuidado con la metodología anticonceptiva indicada en la Casa de Salud?
- 3.- ¿Cuándo las usuarias tomaron la decisión de planificar la familia, se plantearon ventajas y desventajas para esa alternativa?
- 4.- ¿La decisión de planificar la familia e inscribirse al programa de Planificación Familiar fué tomada por uno de los miembros de la pareja o por ambos? ¿Hubo discusión y diálogo?
- 5.- ¿En qué aspectos difiere la toma de decisión que realizó la usuaria y/o su pareja que permanecen activas; con la toma de decisión que hizo la pareja usuaria que permanece pasiva?

En esta investigación se plantea contestar a las pre--

guntas a través de la reconstrucción de un proceso totalizador que engloba actitudes, conductas, percepciones y creencias de los usuarios del Programa de Planificación Familiar de la Casa de Salud. Este proceso se constituye en la toma de decisiones de la pareja para planear la familia, el cuál será validado a través de un modelo que se ha diseñado para tal fin. El modelo propuesto, objeto de esta tesis, permitirá detectar, los elementos que tuvo en cuenta la pareja - en cada etapa del proceso; para tomar la decisión de planear el número de hijos, y contrastarlos con los elementos propuestos en el modelo. Lo cual permitirá concluir si cada una de las etapas fueron incluida y/o si se omitió una de ellas, así como la validez de su aplicación.

En síntesis: Se pretende estudiar la relación existente entre la toma de decisiones de la pareja y su deserción del Programa de Planificación Familiar.

## HIPOTESIS

1. Los antecedentes de la familia de origen de la pareja, - así como de la pareja misma, influyen en los cónyuges en forma individual para que inicien el proceso de toma de decisión para planear sus hijos,
2. La necesidad de la pareja de planear la familia hace que busquen la información que les permita aclarar las ideas y pensamientos que al respecto tienen,
3. El planteo de aspectos positivos y negativos para pla- - near los hijos, tiene relación con que la pareja haya -- efectuado cierto orden y discriminación de la informa- - ción.
4. La pareja detecta y analiza la alternativa de planificar la familia en base a las ventajas y desventajas que ofrece el programa.
5. La pareja es quien toma la decisión de planear la fami-- lia.
6. La permanencia o no de las parejas en el Programa de Planificación Familiar se relaciona con ~~la forma~~ en como fueron llevadas las etapas del proceso de toma de decisiones -- para su ingreso.

### III.- PROPOSITO GENERAL Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El Propósito del Estudio fue:

Determinar un diagnóstico situacional retrospectivo, sobre la toma de decisiones que hizo la pareja; para planear la familia, en una población de usuarias activas y pasivas del Programa de Planificación Familiar de la Casa de Salud Lázaro Cárdenas. Dicho diagnóstico se obtendrá a través de la validación de un modelo de toma de decisiones planteado por Paolucci<sup>1</sup> en 1976 y adaptado por la autora de la tesis. De validarse dicho modelo podrá ser utilizado en un futuro por la Enfermera Comunitaria, en todas aquellas ocasiones que impliquen toma de decisiones en la familia.

A efecto de llevar a cabo el propósito planteado se --  
enumeran a continuación los siguientes objetivos:

#### GENERAL

- 1.- Realizar un diagnóstico retrospectivo de las etapas en la toma de decisiones que hizo la pareja para entrar al programa de planificación familiar de la Casa de Salud - Lázaro Cárdenas, a través de la validación de un modelo construido para tal fin.

---

1. PAOLUCCI B, HALLOLIVE A. AXINN NANCY. "Family Decisión Making"  
Ecosystem Approach, John Willey Y. Sons. 1977, Chapter,  
7 Pag. 73-126

OPERATIVOS:

- 1.- Aplicar el modelo de toma de decisiones en la pareja -- usuaria del programa de Planificación Familiar de la -- Casa de Salud.
- 2.- Identificar las variables que influyen en cada etapa del proceso de toma de decisiones que hizo la pareja, para entrar al Programa de Planificación Familiar y determinar a la luz de sustentos teóricos, la presencia de -- dichos variables y su relación con la permanencia y/o -- salida del Programa.
- 3.- Determinar como es que la pareja, en base a experiencias pasadas por cada miembro individualmente y experiencias de la pareja actuales, realizaron el acopio, ordenamiento y discriminación de la información.
- 4.- Visualizar en base a la información manejada, el planteo de alternativas, ventajas y desventajas para planear -- la familia, en relación a la permanencia y/o salida del Programa, determinando así sus posibles causas.

#### IV.- J U S T I F I C A C I O N

El Programa de Planificación Familiar está siendo llevado a nivel nacional y a nivel estatal en Nuevo León, a través de instituciones pertenecientes a la Secretaría de Salud (Casas y Centros de Salud); y por instituciones privadas, que están al Servicio de la Atención a la Salud.

Dentro del Programa de Salud Materno Infantil, se incluye el de Planificación Familiar, considerando de importancia prioritaria por la razón de que a través de su implementación, se espera que contribuya a un desarrollo demográfico equilibrado, que asegure una redistribución más equitativa de los ingresos conducente a mejorar las condiciones de vida de la familia en particular y por ende de la población en general.

Para el logro de esta meta se requiere que la pareja participe activamente en el programa, pues en ella recae la responsabilidad de tomar la decisión de planear el número de hijos.

Es preciso señalar que en un estudio realizado en la Casa de Salud Lázaro Cárdenas se observó que de un total de diecinueve usuarias del Programa de Planificación Familiar, el 79.0 % desertaron del programa antes de cumplir el año-

de haber iniciado y sólo el 21.0 % completó el año. Desconociéndose para esta población, los motivos por los cuáles han dejado de asistir. Esta situación lleva a suponer la presencia de dificultades, para la ejecución de cada uno de las etapas, que tuvo en cuenta la pareja, para tomar la decisión definitiva, de planear los hijos. Por ende es elemental identificarlos a través de la investigación, como táctica para dar respuesta a las causas que originaron el problema.

Es conocido que cuando se identifican los factores que interfieren para que se de un problema, es más factible que se elaboren programas más realistas; por ende se cree que la información que se obtenga, podría retroalimentar al programa, de tal forma que se ajuste a las características socio-culturales y a las necesidades de la población usuaria.

Al identificar la naturaleza del problema, el personal de enfermería, entre otras disciplinas, podrían establecer estrategias de trabajo para guiar u orientar a la pareja.

Se hace énfasis en este aspecto, debido a que enfermería profesional, es el elemento eje del equipo de Salud y en el que recae la responsabilidad de dicho programa, y para ello se hace imprescindible de nuevo enfatizar lo conveniente que es conocer las características: económicas, socio-culturales, el nivel de interés de las familias en el cuidado de la Salud, y el de participar en su autocuidado, además de

saber la población a cubrir.

Enfermería al tomar en cuenta estas premisas básicas, estará en condiciones de realizar la orientación necesaria a la pareja usuaria de planificación familiar, para que -- desarrolle habilidades en el cuidado de su salud, se com-- prometa y participe de las actividades del servicio, como táctica que asegure la permanencia y retroalimente de in-- formación, a fin de asegurar la evaluación continua del -- programa.

Por lo tanto la participación de la pareja redundará en beneficios del servicio; y en el de su familia, desde - el punto de vista de que manejarán mayor información que - incrementará su nivel de conocimientos, facilitando una -- toma de decisiones adecuada a sus necesidades personales, y las necesidades de su familia, comprenderá el significa- do, avance y beneficios de planear los hijos, con esto, el servicio se asegura una integración más consciente del - - usuario.

## 4.- MARCO DE REFERENCIA

La Casa de Salud Lázaro Cárdenas presta esencialmente servicios de atención primaria de Salud a la comunidad; a través de la implementación de los diferentes programas -- acorde a las necesidades de Salud de la comunidad.

El trabajo en la casa de Salud se desarrolla bajo los lineamientos del "Programa Desarrollo de Enfermería", a cargo de la Facultad de Enfermería de la U.A.N.L. Su enfoque principal es la Integración Docente Asistencial en la que se pretende confrontar las características de practicidad del servicio con la científicidad y tecnología de la docencia.

La Facultad concibe a la Integración Docente Asistencial como: "una estrategia a través de la cual se facilita la participación precoz y equilibrada del alumno, en los diferentes niveles de atención en especial, la de atención -- primaria". Dicha integración está basada en una serie de criterios referidos a como debe darse el proceso de enseñanza-aprendizaje del alumno de enfermería en las áreas de -- prácticas.

Con ese enfoque se está desarrollando el Programa de "Desarrollo de Enfermería" en la Casa de Salud.

Los objetivos generales del programa están orientados

a: 1) Mejorar la educación en enfermería y los niveles asistenciales; 2) Probar modelos de prestación de servicios que lleven al establecimiento de nuevos sistemas de trabajo y ampliación de las funciones de enfermería y replanteamiento de programas de estudio; 3) Involucrar al estudiante de enfermería en la prestación de Servicios Asistenciales desde su etapa más temprana de formación, 4) Establecer modelos de prestación de coordinación técnica administrativa con diversas instituciones de servicios.

Los objetivos específicos consisten en: 1) Ofrecer -- atención primaria en comunidades suburbanas y rurales, mediante la utilización de atención médica Municipal y la de los Servicios Coordinados de Salud Pública en los Servicios de Apodaca y Cadereyta mediante:

1,1) Atención continua del niño sano, 1,2) Atención Pre-natal, 1,3) Atención obstétrica; 1,4) Atención del Puerperio; 1,5) Programas de Planificación Familiar; 1,6) Programas de Detección oportuna de Cáncer; 1,7) Programa de Adultos con enfermedades crónicas.

2. Equilibrar la teoría y la práctica en la enseñanza de -- Enfermería.

3. Demostrar las ventajas de la ampliación del papel de la Enfermería en la práctica médica actual.

4. Favorecer la formación y mejorar la información del estudiante de enfermería mediante métodos dinámicos de enseñanza.

El proceso de enseñanza-aprendizaje en relación a la práctica del estudiante se desarrolla en la Casa de Salud, con su integración y participación en los programas de Salud antes mencionados; de estos programas, no se implementa el de atención obstétrica, por no contar la Casa de Salud con la infraestructura necesaria; por lo cual para atención de segundo y tercer nivel los pacientes deberán ser enviados a Centros de Salud de la Secretaría de Salud y Hospital Universitario respectivamente.

El trabajo en la Casa de Salud es desarrollado por Licenciadas en Enfermería que desempeñan la administración, asistencia y docencia a alumnos de las carreras de Licenciatura en Enfermería y Enfermería Básica.

La atención médica es cubierta por dos médicos pertenecientes a la Secretaría de Salud.

El trabajo se organiza considerando los programas prioritarios y los objetivos educacionales del alumno (tanto en Servicio como en la docencia), para planear así la asistencia que se va a proporcionar a la población y la cantidad --

de alumnos que la comunidad requiere.

La información de la población general y candidatos a los diferentes programas, es actualizada cada 6 meses por los alumnos a través de encuestas, mediante la utilización de hojas de estudio de familia.

La información de dicha hoja permite además, la detección de familias críticas, según criterios establecidos de muertes infantiles, desnutrición, crisis de naturaleza Social. Enfermedades como drogadicción y alcoholismo, que interfieren con la economía y estabilidad de la familia. Fallecimiento o abandono del sostén de la familia, que interfieren en la dinámica familiar.

Esta información es utilizada por el docente de Enfermería para proporcionar atención de enfermería de acuerdo a la problemática detectada en cada una de las familias.

Las actividades tendientes a resolver problemas podrían ser realizadas por los alumnos de los diferentes Semestres, según la complejidad del problema y según el Semestre académico en que se encuentre. De esta manera participan los alumnos en la atención a la población, en forma de pequeños grupos con guía y orientación docente,<sup>1</sup>

#### Roll de la Enfermería Comunitaria

Enfermería Comunitaria ejerce su roll en la atención a la Salud; de acuerdo a las políticas de Salud del país,

---

1. U.A.N.L. Facultad de Enfermería, Depto. de Salud Pública, Programa de Desarrollo de Enfermería. "Programa Integración Docente Asistencial". 1979.

En la actualidad se ha visto en la necesidad de ampliar - - dicho rol, como una táctica operante para dar respuesta a la extensión de cobertura de Servicios de Salud a poblaciones desprotegidas.<sup>1</sup>

Se ha definido como la estrategia de esta extensión de cobertura la Atención Primaria de Salud, y en la Conferencia Internacional en Alma - Ata, se manifiesta como:

"La atención primaria de Salud es un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad la asistencia de Salud indispensable en forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos y con su plena participación. La atención primaria es mucho más que una simple extensión de Servicios Básicos de Salud; abarca factores Sociales y de desarrollo, el cual si se aplica apropiadamente, influye en el resto del Sistema de Salud",<sup>2</sup>

"Enfermería ha tomado la decisión de desempeñar su rol bajo los lineamientos de esta atención primaria de Salud, - con un criterio epidemiológico, con una alta calidad y eficiencia de los Servicios prestados, con independencia que permita emitir juicios en cuanto a la toma de decisiones -- sobre la orientación, cantidad y oportunidad de las acciones de Atención Primaria, con la suficiente habilidad que ayude a conducir a la comunidad en la determinación de par-

---

1. ALONSO C.M. Manual de Enfermería Comunitaria. "Rol Ampliado de Enfermería", Departamento de Salud Pública, Facultad de Enfermería, U.A.N.L. 1984 Pag. 73-75.

2. IDEM.

participar en su salud individual y colectiva, todo esto, en un marco de consideraciones de que la Atención de Enfermería deberá ser continuada, oportuna, accesible, integral, participativa, de solución de problemas de Salud prevalentes y de referencia de casos cuando se juzgue conveniente; para tal caso se debe contar o proveerse de una base sólida científica, humanística y de valores profesionales que puedan definir la participación de enfermería en la historia de la Sociedad".<sup>1</sup>

La implantación de la atención primaria y, por lo tanto, la formalización de las nuevas funciones de enfermería en el sistema regionalizado de Salud; exigen del personal de enfermería la comprobación de estas experiencias y la efectividad de sus resultados con el método científico,<sup>2</sup> Con este fin es que dirige sus esfuerzos hacia la investigación para demostrar los efectos de sus intervenciones y de su mayor ingerencia en las acciones, al aplicar los programas prioritarios de atención a la Salud. Utiliza así a la investigación como herramienta y medio de mejorar la actividad de enfermería y a la vez obtener mejores resultados en la solución de problemas de salud y bienestar de la comunidad.<sup>3</sup>

---

1. ALONSO C.M. IBID. Pag. 34

2. Informe de un grupo de trabajo sobre "Toma de Posición en Enfermería" O.P.S. Washington, D.C. 10-21- 1981, Pag. 23

3. IDEM..

## PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

"Este programa incluido como subprograma del programa Materno Infantil, está dirigido a la población en edad fértil. Orientado a proporcionar los medios necesarios para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respecto a su dignidad".<sup>1</sup>

### OBJETIVO ESPECIFICO

Contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad con pleno respecto a la decisión y dignidad de las parejas, a fin de colaborar en lo social y en lo familiar a un mayor equilibrio entre el desarrollo socioeconómico y el crecimiento demográfico, coadyuvando al mejoramiento de las condiciones de salud de la población Materno-Infantil.<sup>2</sup>

El Programa de Planificación Familiar se desarrolla en la Casa de Salud Lázaro Cárdenas bajo los siguientes objetivos:

- 1) Promoción del Programa de Planificación Familiar.
- 2) Educación sobre métodos anticonceptivos utilizados en el Programa.
- 3) Canalización de parejas al Centro de Salud y/o Casa de Salud,

---

1. GABINETE DE SALUD, Poder Ejecutivo Federal, Presidencia de la República, "Programa Nacional de Salud", 1984-1988, E.U.M. Pag. 91.

2. IDEM.

- 4) Mantener un control sobre parejas que están en el programa a través de visitas domiciliarias.
- 5) Realizará un examen físico de la mujer que ha decidido entrar al programa.
- 6) Orientación sobre la decisión de acuerdo al método seleccionado.
- 7) Aplicar los métodos anticonceptivos con que cuenta el Programa.
- 8) Mantener control de pacientes que hayan adoptado el método definitivo.
- 9) Participar en la planeación de programas y evaluación.

La promoción de éste programa se efectúa a nivel de la Casa de Salud, y en los hogares de las familias de la comunidad, por alumnos de enfermería y personal de la Casa de Salud.

## VI.- MARCO CONTEXTUAL

El Municipio de Cadereyta Jiménez, N.L., forma parte conjuntamente con otros Municipios de la región 6-A del Estado de Nuevo León. Está situado en el centro del Estado, a 65 Kilómetros de la ciudad capital Monterrey. Su altura sobre el nivel del mar es de 360 mts. Colinda: al Norte -- con el Municipio de Pésquería; al Noreste con el Municipio de los Ramones; y al Este, con General Terán; al Sur, con Montemorelos y Allende; al Oeste con Villa de Santiago y al Noreste con Villa Juárez.

Ocupa una extensión de 1.050 Km<sup>2</sup>. Comprende área -- rural, suburbana y urbana. Su población es de aproximadamente 45, 684 habitantes según censo realizado en 1984 por la jurisdicción N<sup>o</sup> 6 de la Secretaría de Salud del Estado (S.S.). Registró una tasa de natalidad en 1979 de 42 nacimientos por mil habitantes, mientras que para 1984 fue de 32 nacimientos por mil habitantes.

La mayor parte de la población se concentra en zona ur bana y suburbana y el resto en las numerosas localidades ru rales del Municipio.

Cuenta con Gobierno Municipal, Centros Comerciales; Cen tral de Autobuses, Servicios de Telégrafo y Teléfono; algu--

nos Centros Industriales fuera de la planta-urbana que - - caracterizan a la zona; fábricas de escobas y Refinería de Petróleos Mexicanos. En zona rural, criaderos de aves y - de porcinos.

Las vías de comunicación se establecen con Municipios vecinos, otros estados y ciudad de Monterrey. La migración de personas a Estados Unidos de Norteamérica es importante, fundamentalmente por razones de trabajo, no se tienen datos estadísticos al respecto.

Desde el punto de vista educativo cuenta con escuelas de nivel primario, secundario y algunas carreras técnicas, la atención a la Salud es cubierta por los Servicios del - Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.); Instituto de Seguridad Social y de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Pemex, Ferrocarriles y Servicios de la Secretaría de Salud Clínicas y Consultorios particulares,

La planta urbana y suburbana se sectoriza en colonias y dentro de los numerosos existentes, se localiza la Colonia Lázaro Cárdenas, fundada en 1978, por un grupo de colonos, llegados a la zona por la construcción y trabajo de la - Refinería de Pemex. La migración posterior de familias a la zona incrementó la población considerablemente. Estas personas proceden en general de Estados vecinos de - zona rural y urbana.

La colonia ocupa una extensión territorial de 7.2 Kiló

tros cuadrados, con zona que reúne características de rural y suburbana. Limita al Norte con la Colonia Nueva Cade<sup>re</sup> yta y Colonia Alfredo Bonfíl y al Oeste con la Refinería de Pemex y la Colonia Ingenieros de Pemex.

Según censo realizado por la Casa de Salud en 1984 a 815 familias, totalizaron 4,311 habitantes que ocupaban 1,107 viviendas. Se obtuvo un promedio de 5.3 miembros por familia, con una densidad de población de 60 habitantes por kilómetro cuadrado.

La estructura por edad fue la siguiente: menores de 6 años 17.0%, de 5-14 años un 30.0%, de 15 a 44 años un 43%; de estas, un 22.0% son mujeres en edad fértil, y un 10.0% lo compone la población de 45 y más años. La tasa de natalidad fue de 31 nacimientos por mil habitantes. No se registraron datos de migración pero fué posible detectar un ausentismo importante de familias y/o jefes de familia.

En cuanto a la tipología de familia, el 91.0% lo constituyen familias nucleares; el 7.0% corresponde a familias extendidas y un 2.0% a familias compuestas.

En cuanto a escolaridad, del total de la población estudiada sólo el 28.0% tenía primaria completa.

La mayoría de las viviendas poseen dos cuartos, el hacinamiento es importante, dado el promedio de miembros por familia (5).

En contraste al resto de viviendas se observa, un grupo

numeroso de ellas muy amplias ideadas para una convivencia más cómoda, lo cual supone un nivel de ingreso mayor por parte de sus propietarios.

La colonia carece de servicios básicos (drenaje sanitario, agua potable y recolección organizada de basura).

Las calles están sin pavimentar, algunas son angostas y no bien delineadas. El terreno tiene cuestas y pendientes, lo que hace más lento al deambular al visitar a las familias.

Las familias que carecen de Seguridad Social, en un 35.0% (de la población encuestada 80.0%) utiliza los Servicios de la Casa de Salud de la Colonia.

La colonia en general, presenta características demográficas, geográficas, socioeconómicas, culturales y educativas que la caracterizan como área marginada.

VII.- MARCO TEORICO  
MODELO DE TOMA DE DECISIONES  
SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR

El modelo presentado se basa en los conceptos de Paolucci<sup>1</sup> (1976); no obstante el esquema es responsabilidad de la autora de la tesis. Se pretende ordenar una serie de elementos que no necesariamente se dan en la secuencia presentada, pero que generalmente están presentes y son básicos en la -- identificación de relaciones que se manejan, consciente y/o inconscientemente, en la toma de decisiones de la familia.

El modelo fue enriquecido con algunos factores detectados a través de cinco entrevistas realizadas a mujeres y/o parejas, inscritas en el Programa de Planificación Familiar de la Casa de Salud Lázaro Cárdenas, utilizando la metodología reconocida en el campo de la antropología social, como "Historia de Vida". Además, se integraron aspectos incluidos en estudios recientes sobre planificación familiar, los cuales fueron discutidos en la literatura incluida en esta tesis.

Se anticipa que el modelo en cuestión puede ser aplicable en otras situaciones que presuponen toma de decisiones -

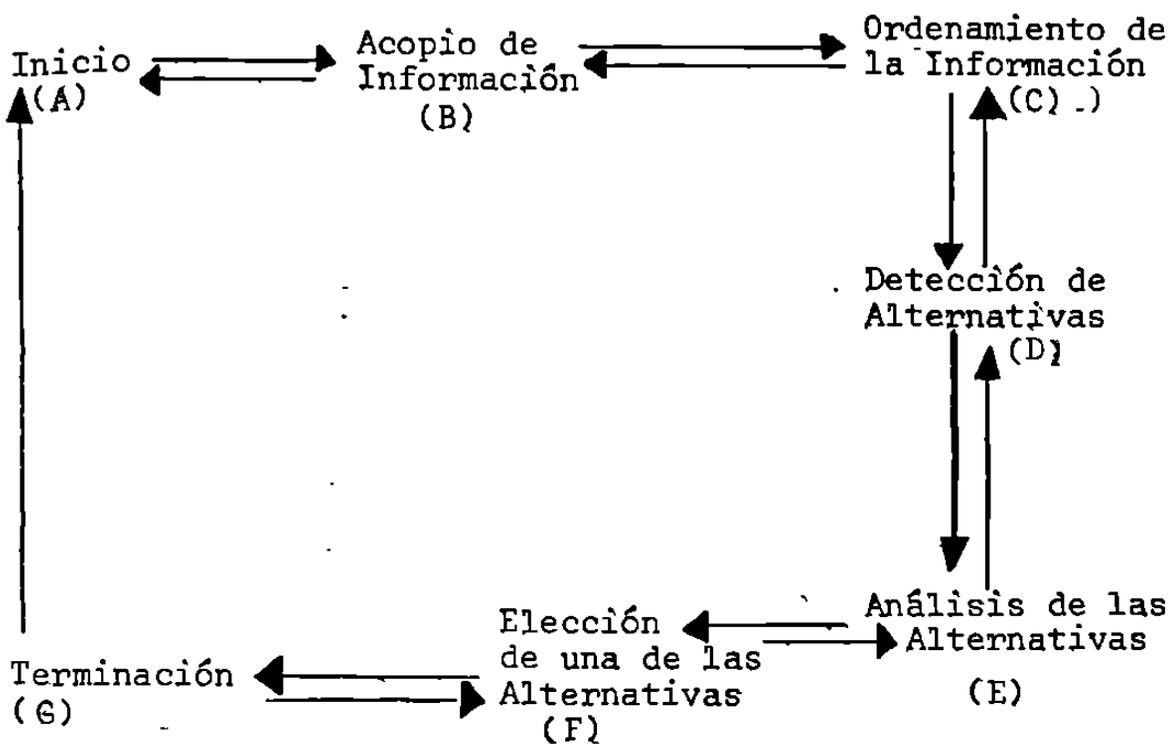
---

1. PAOLUCCI B. (1976) Op. Cit. Pag. 25

en la familia por lo que, de validarse su funcionamiento en el caso estudiado ("Toma de decisiones de la pareja para -- planificar la familia"), podría constituirse en una herra-- mienta metodológica importante, para la enfermería en su -- trabajo comunitario, con las familias, que están participan-- do en el Programa de Planificación Familiar de la Casa de - Salud y con las familias que posteriormente se integren al mismo.

ESQUEMATIZACION DEL MODELO DE TOMA DE  
DECISIONES PARA PLANIFICAR LA FAMILIA

ETAPAS



Modelo basado en la teoría de Paolucci.<sup>1</sup> 1976 y adaptado por la autora de la Tesis,

---

1. PAOLUCCI B. (1976) OP. Cit. pag. 25

## CONCEPTUALIZACION DE LAS ETAPAS DEL MODELO

El modelo incluye las siguientes etapas: A) Inicio, B) Acopio de Información, C) Ordenamiento de la Información, - D) Detección de Alternativas, E) Análisis de las alternativas, F) Elección de una de las alternativas, G) Terminación del Proceso.

A) Etapa de inicio: está determinada por la idea de planear el número de hijos que la pareja desea tener. La inquietud puede surgir de uno de los cónyuges y posteriormente seguir siendo la idea de uno de ellos; o que ambos, por acuerdo estén involucrados.

Esta actitud positiva hacia la planificación de la familia, se da en un contexto en el que están presentes factores provenientes de sus respectivas familias de origen en su proceso de socialización y que persisten o han sido cambiados por otros valores en la pareja actual, en su relación con un entorno diferente.

Estos factores pueden agruparse de la siguiente manera:

1.a) Culturales, 1.b) Económicos, 1.c) Sociales, 1.d) Psicológicos, 1.e) Morales, 1.f) Médicos o Fisiológicos.<sup>1</sup>

---

1. VAZQUEZ LUZ E. Planificación Familiar "Estudio Socioeconómico de Planificación Familiar para el área Metropolitana de Monterrey", Centro de Investigaciones Económicas 1<sup>ra</sup> Edición 1979, Pag. 20

Todos ellos se encuentran estrechamente relacionados entre sí y están influyendo en el comportamiento de la pareja respecto a su actitud hacia la planificación familiar. A continuación se describe cada uno de ellos.

1.a) En cuanto a los culturales; se espera que una pareja que provenga de una familia en la que sus hermanos fueron numerosos, tienda a procrear un número similar de hijos. Sin embargo, esta norma sufrirá modificaciones si alguno o los dos cónyuges ocuparon el primero, segundo y 3er. lugar en el orden de nacimiento de los hermanos y tuvieron la responsabilidad del cuidado de sus hermanos, en este caso tenderán a procrear menos hijos; si, por el contrario, ocupó los últimos lugares, es factible que el número de hijos se vea incrementado.

Si bien la consideración sobre orden de nacimiento puede estar presente como guía futura de conducta reproductiva, conomitantemente existen otros factores, tales como: lugar de socialización durante sus primeros 15 años de vida (Urbano, Rural); en el medio urbano, las familias tienden a tener menos hijos, por necesidades económicas, y porque generalmente aspiran a mejorar el nivel de vida; y están expuestos además a mayores estímulos auditivos, y visuales en lo que a planificación familiar se refiere por la cercanía de los Servicios de Salud.<sup>1</sup>

En el medio rural las familias suelen ser más numerosas, debido a que aún se conserva la tradición de la familia --

---

1. VAZQUEZ L.E., IBID. Pag. 45

grande y conforme los hijos van creciendo, se espera su contribución en la medida de sus posibilidades, al mantenimiento de la familia, ya sea trabajando fuera del círculo familiar o ayudándolo en actividades económicas o en activida--des domésticas dentro de la familia. Así como también son menores los estímulos y motivación respectó a Planificación Familiar.<sup>1</sup>

La edad a la que se casaron los cónyuges; ejemplo 15 a 19 años, factibilidad de procrear un número mayor de hijos; pero según estudio S.S.A.<sup>2</sup> (1983) las mujeres comienzan a usar anticonceptivos al principio de su vida reproductiva y no al final, con lo cual disminuye el número potencial de hijos. Mientras que para aquellos que se unen en matrimonio a una edad entre 20 a 24 años, y que comienzan su vida sexual activa más tardíamente, conjuntamente con su nivel de escolaridad, hacen que disminuya el deseo de tener un gran número de hijos, y si además estas nuevas parejas aspiran a un mejor nivel de bienestar, éste adquiere más importancia que las expectativas de procrear no más de 2 a 3 hijos.

1, b) Económicos; la presencia de problemas económicos en sus primeros 15 años de vida tales como: hambre, pobreza, - trabajo temprano remunerado; inasistencia a la escuela por realizar trabajos para la familia, (asociados a muchos hermanos) que hayan afectado en forma negativa a los cónyuges --

---

1. VAZQUEZ L.E. IBID Pag. 16

2. SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. "Características de las usuarias nuevas del Programa Institucional de Planificación Familiar de la S.S.A".1976-1983 - Pag. 15

individualmente, presupone una conducta natal hacia un número pequeño de hijos. De la misma manera los problemas económicos actuales de la pareja, tales como: bajos ingresos, inestabilidad en el empleo e inseguridad en la vivienda, aunado a aspiraciones profundas de un mejor bienestar, hacen que la pareja reduzca el número deseado de hijos. Aunque también puede suceder lo contrario si incrementa sus ingresos, procreando mayor número de hijos, lo que se considera como seguro económico para la vejez de la pareja.

Becker<sup>1</sup> (1960) y Lobenstein (1975) en su enfoque sobre la teoría microeconómica de la fecundidad, plantean que los niños representan bienes cuya demanda está determinada como cualquier otro producto, es decir, que está en función: del ingreso real, los precios relativos y los gustos por lo que los cambios en cualquiera de estas variables provocarán cambios en la cantidad demandada de niños. Por ejemplo la madre podrá estar empleada y no cuidando bebés, esto provocará que el precio pagado por tener niños "sea mayor y por lo tanto tendrá un decremento de estos". Con respecto a gustos, se menciona que el proceso de urbanización y modernización conducen a un cambio de actitud tendiente a la preferencia por la familia pequeña, a efecto de poder satisfacer las necesidades básicas de cada uno de los miembros de la familia. "Mientras que si mejora el nivel de ingreso este puede ser un estímulo para procrear más hijos.

---

1. BECKER, GARYS Y LOBENSTEIN, H. Citados por VAZQUEZ L.E. Planificación Familiar, "Estudio Socioeconómico de Planificación Familiar para el área metropolitana de Monterrey" Centro de Investigaciones Económicas". 1979. Pag. 20

1.c) En cuanto a los factores sociales: en historias de vida que se hicieron previo al estudio, se observó, que los antecedentes familiares de alcoholismo, peleas, ausencia de uno de los padres en el hogar etc, conducía a que el hijo o hija mayor tomaran el roll de ese padre o madre ausente, en una etapa en la que no estaban preparados para desempeñar dicho roll, repercutiendo en la conducta natal, de tal manera que la pareja desee pocos hijos.

Otro factor importante a destacar es el roll social que haya desempeñado la madre, realizando actividades de esposa, madre, esposa compañera, esposa colaboradora. Entendiéndose por compañera a la esposa que, más que nada busca con su presencia, fortalecer el papel social de su marido, debe compartir diversiones con él y afirmar la personalidad de éste. Por lo expuesto, las relaciones con sus hijos pasa a segunda importancia y la necesidad de un decremento en el número de los mismos es prioritaria.<sup>1</sup>

Por esposa colaboradora se entiende a la mujer que dedica una parte muy importante de su vida diaria a un trabajo remunerado fuera del hogar y representa un renglón muy importante dentro de los ingresos familiares, por lo que es considerada una igual en relación a su marido.<sup>2</sup>

Estas dos últimas características se presentan en las familias urbanas de México en un 25% de las mujeres, esperando un incremento en el futuro. El porcentaje es menor en fa

---

1. "La transformación de la mujer y su influencia en la estructura familiar" compilación hecha por: Luna de C.A., Escobedo de Haro M.T. y Espinosa de B.S. Manual de Enfermería Comunitaria" Facultad de Enfermería U.A.N.L. 1984. Pag. 130-131.

2. IDEM.

milias en zonas suburbanas y rurales no dejando de reconocer que estas mujeres tienen aspiraciones y desempeñan una o más de una, de las actividades que caracterizan a la esposa-compañera y/o colaboradora, estos papeles se interrelacionan -- con el papel de madre y muchas veces es motivo de conflictos en la familia, cuando la mujer desea desempeñar más de uno - de ellos, a veces por ser incompatibles.<sup>1</sup>

En relación a los aspectos sociales a los que se hizo - mención, puede afirmarse que aun se conservan en la sociedad, algunas costumbres y conceptos propios de una sociedad tradi- cionalista, donde la familia sigue siendo la célula de la -- sociedad y dentro de esta la mujer aparece como productora - de hijos y el hombre como propagador de los mismos.<sup>2</sup>

1.d) En lo que respecta a lo moral, el papel que se le adjudica a la mujer es el de ser madre y esposa; aunque puede encontrarse en comunidades no marginadas, mujeres que estu- dian y trabajan, no así en las áreas marginadas donde la mu- jer pasa la mayor parte del tiempo en su casa cuidando los - niños y realizando tareas del hogar, con pocas posibilidades de interacción social, lo que hace que la mujer tenga poca - participación en la fuerza de trabajo y tienda a procrear -- más hijos con la finalidad de compañía y reafirmación de su roll de madre, preconditionada a hacer esto desde su niñez.

---

1. IBID. Pag. 49

2. VAZQUEZ L.E. Op. Cit, Pag. 16

000014

Por otra parte tanto la población femenil de la ciudad como la que se encuentra fuera de ella, una vez consumado el matrimonio ( o unión ) el papel a desempeñar es el de madre pródiga y amorosa, del cual, difícilmente podrá desprenderse si la sociedad continua valorizándola únicamente por su capacidad procreadora. Indudablemente que el hecho de casarse y tener hijos no es de ninguna manera criticable y mucho menos reprochable, y especialmente ahora que se empieza a generalizar la planificación consciente de la familia; lo importante de hacer notar es que, si en la sociedad sigue dominando la sumisión y dependencia de la mujer con respecto a las decisiones trascendentales de su existencia, el logro de una --- fecundidad menor podrá ser opacado por no atacar el trasfondo del problema.<sup>1</sup>

Otro aspecto a destacar, es la influencia que la iglesia católica ejerce en el comportamiento de las familias devotas, ya que todo método anticonceptivo es prohibido y censurado por ésta, excepto el del "ritmo", siendo este método eficaz en las personas de ciclos normales y ofreciendo un -- 80% de efectividad cumpliéndolo al pie de la letra.<sup>2</sup>

El efecto que tiene la iglesia en la población urbana es menor que en áreas suburbanas o marginadas, debido a que el nivel educacional y la amplia difusión de las prácticas anticonceptivas es mayor en zona urbana.

---

1. VAZQUEZ L.E. Op. Cit. Pag. 16

2. IDEM.

Continuando con el orden de factores, se citan a los médicos o fisiológicos, cuya importancia suele ser relevante en la actitud de la pareja hacia la fecundidad. Según Hofferth<sup>1</sup> (1983) en su estudio encontró que cuando en la pareja hay una historia de embarazos que han culminado en abortos y/o partos difíciles, disminuyen las expectativas para con el número de hijos deseados.

Las historias de vida han revelado, que cuando existen antecedentes de enfermedades serias y/o prolongadas que hayan demandado trabajo y stress por parte de los padres, estos suelen disminuir su expectativa hacia un número menor de hijos deseados.

Es también significativa la actitud que puede ser adoptada por las esposas ante los posibles efectos adversos de los métodos anticonceptivos y que ha redundado en abandono de los programas de planificación familiar, justificado por provocar mareos, vómitos, debilidad, nerviosismo, etc. (corresponde a métodos anticonceptivos orales).<sup>2</sup>

En general estas personas pueden estar no advertidas sobre efectos secundarios y sin consulta previa deciden por su cuenta abandonarlos, adoptando algún método bajo en efectividad o de insatisfacción psíquica.<sup>3</sup>

1.e) Por último, las motivaciones psicológicas que se --

---

1. HOFFERTH S. Op. Cit. Pag. 12

2. VAZQUEZ L.E. Op. Cit. Pag.45

3 IDEM.

gún los estudiosos del tema, para que una mujer se realice por completo, debe experimentar el sentimiento materno, en cualquiera de las formas disponibles; ya sea como paridora de hijos o efectuando trabajos que se relacionan con protección y enseñanza a niños o a personas débiles. Por otra parte en la sociedad tradicional una familia grande significa gran orgullo para los padres y una fuente de amor y protección para la ancianidad. De igual manera las familias de escasos recursos, considerarán que un número grande de hijos les garantizará la seguridad económica y social que no les brinda el sistema. Una fecundidad mayor proporciona una disponibilidad alta de ayuda y sobre todo para mantener a los padres cuando estos ya no puedan trabajar.<sup>1</sup>

Hoy día algunos Psicólogos sostienen que existe en el subconsciente de la mujer un temor que la induce a embarazarse, con frecuencia. Este temor es causado por la inseguridad en el amor de su marido para con ella, esto le hace pensar en determinado momento, que él la abandonará. Por ello una mayor cantidad de hijos actuará como lazo de unión entre marido y mujer y por lo tanto, como un seguro contra abandono de hogar.<sup>2</sup>

PIACT A.C. de México<sup>3</sup> (1978) encontró en su estudio que los hombres opinaron que las mujeres son mejores espo-

---

1. VAZQUEZ L.E. Op. Cit. pag. 45

2. IDEM.

3. PIACT A.C. Op. Cit. pag. 14

sas si tienen muchos hijos, con lo cual la mayoría de ellas no estuvieron de acuerdo, Estas consideraron que las mujeres con pocos hijos son inteligentes, afortunadas, preocupadas por sus hijos y que muchos tienen la suerte de contar -- con maridos comprensivos y considerados. Muchos maridos expresan el temor de que la esposa se vuelva adúltera si utiliza un método anticonceptivo; y muchas mujeres están convencidas de que sus maridos las quieren tener atadas con embarazos, para que su poder y control sobre ellos permanezca inalterados. Como resultado, las mujeres a veces recurren al -- uso clandestino de anticonceptivos, motivo por el cuál puede originarse sentimiento de culpa en ella, por tener que afrontar sola, esa responsabilidad sin que su esposo o compañero se entere.

B.- La segunda etapa en el proceso de toma de decisiones, es el acopio de información que hace la familia y que suele utilizar como medio para clarificar ideas y pensamientos que faciliten la comprensión del problema, de cómo disminuir los embarazos ó espaciarlos, ello determina un proceso de búsqueda intencionada de información, en lo que se refiere a fuentes y contenidos. Estos contenidos serán claros, precisos y acorde a su nivel educativo.

La motivación para la búsqueda, dependerá en parte de -- sus experiencias de contactos con los medios de comunicación y de las respuestas que han encontrado de ellas en otras instancias en que buscaron información, para solucionar proble-

mas referente a planificación familiar u otros. Y como -- otro elemento motivacional estaría la explicación de la información para aquellas personas que no saben leer o com--prender, o a las cuales la información le es inaccesible -- en el momento que la necesita.

Cuando la pareja que desea planear sus hijos, no ha ha tenido una educación sexual básica, tendrán dificulta--des para reunir y entender la información y es factible -- que utilicen y tomen en cuenta opiniones informales de ve--cinos, amigos y familiares, respecto de sus experiencias -- con métodos anticonceptivos; y si además la pareja ha expe--rimentado en otras ocasiones con algún método y su acción fue positiva, tenderán a usar el mismo en cada instancia -- que no deseen embarazos; haciendo uso de fuentes formales, cuando el trabajador de Salud acude a sus hogares, o ellos se trasladan hasta la Casa de Salud u otra Institución, -- donde pueden encontrar la información sobre planificación familiar.

Pueden encontrarse familias que realizan una búsqueda profunda de información, con lo cual se aseguran un planteo amplio de alternativas y utilizan en su mayoría varias fuentes formales de información (radio, televisión, libros, -- revistas, profesionales de la Casa de Salud, de Clínicas,

de hospitales, etc.) lo cuál haría suponer que estas parejas tomaron la decisión con un buen soporte de información de ser así, cabe afirmar que una vez inscritas en el Programa de Planificación Familiar, tenderían a permanecer en él y -- discontinuar en los períodos en que la pareja ha planeado -- para embarazarse, posteriormente al parto reiniciaría la -- planificación familiar.

C). Podría decirse que casi en forma simultánea se cumple esta etapa que consiste en establecer un ordenamiento de la información. "Este es un proceso intelectual donde se registra un movimiento continuo no al azar, en el cuál -- la información es ordenada conforme a un esquema o estructura, no siempre consciente o bien delineado. Este movimiento está relacionando un sentimiento con otro y una idea presente con otra del pasado, una acción con una condición dada; de tal forma que se estructura el proceso de reordenar la -- información. En la estructuración de dicho proceso, los valores, eventos, sentimientos, hechos y observaciones son reconocidos e integrados llevando al individuo a la formulación de alternativas". Sin embargo, la integración por sí sola no resulta en hacer una decisión; se requiere de la -- discriminación de la información lo cuál implica un proceso de selección en el que la pareja involucra valores, sentimientos, creencias, por lo pronto una decisión implica habilidad por parte de ellos para hacer tal discriminación y --

poder formular claramete que es importante y qué no es importante; que es relevante y que no es relevante para aclarar y plantear alternativas que conducirán a planificar o no planificar la familia.

Las parejas discutirán que objetivos se alcanzarán y que objetivos no se alcanzarán. Si las personas carecen de ésta habilidad, podríamos ubicarlos dentro de la clasificación que hizo Shroder<sup>1</sup> (1973), la cual nos permite discriminar a las personas como procesadores de información concretas o complejas. "Las personas carentes de habilidades en el proceso de información tienen bajo grado de libertad en la comunicación con el medio ambiente. Estas personas usan reglas simples, y preparadas en determinados cursos de acción, no son capaces de generar una diversidad de información; son frecuentemente intolerantes, ambiguos, dogmáticos y muy cerrados. Son dependientes de la autoridad externa y de reglas definidas externamente".

Mientras que las personas con habilidades complejas pueden manipular activamente con su medio ambiente, generar sus propias reglas para enfrentarse con los problemas; son armónicos, adaptables y flexibles; y se guían internamente por sus propias decisiones.

Luego de este proceso de discriminación de la información que ha realizado la pareja, pasarían al planteo y análisis

---

1. SHRODER H. Citado por Paolucci B. Family decision Making and Ecosystem approach, chapter 7 Pag. 115

sis de posibles soluciones alternativas,

Etapa D). Incluye a la detección y análisis de las posibles soluciones alternativas. Son dos etapas, que se dan al mismo tiempo. Esta etapa implica que la pareja debe discutir - cada una de las alternativas, a la luz de la información de que hizo acopio y en base a la experiencia de cada uno de -- ellos respecto al tema.

Las alternativas a plantear pueden ser: 1) Planificar la Familia, 2) No planificar la familia. La pareja deberá realizar un juicio valorativo de cada uno de ellas para lo cual -- expondrá ventajas y desventajas; a fin de asegurarse de que la elección satisfaga sus necesidades para la solución del problema.

Dentro de las ventajas que la pareja podría sugerir para tomar la decisión de planificar encontraríamos las siguientes: 1) atender la necesidad de cada uno de los hijos, 2) - atender las necesidades del esposo, 3) participación activa de la esposa en la consecución de los ingresos al hogar, -- 4) distribución equitativa de los ingresos para satisfacer los requerimientos individuales de los miembros, 5) descanso al no trabajar con niños chicos, 6) construir la casa propia, 7) mejores posibilidades de recreación e interacción - con la comunidad, 8) riesgo por parte de la esposa en embarazos y partos si estos han sido traumáticos.

Además de éstas ventajas la mujer esposa, colaboradora

o compañera, podría plantear la necesidad de brindar su aporte a la Sociedad, como persona útil y en la búsqueda de reconocimiento Social y como un intento de borrar la imagen femenina que siempre es menos valiosa que la imagen masculina en las Sociedades patriarcales o machista como los nuestros. Se debe puntualizar que, las actividades que realiza la mujer - en el hogar no origina valor económico, por tanto no se considera como un trabajo.

Como posibles desventajas que la pareja plantearía para planear la familia podría ser algunas de ellas las siguientes; 1) Pérdida de oportunidad de tener hijos, 2) menor aporte económico generado por los hijos, 3) ir contra las normas de la iglesia, 4) pérdida de la estabilidad en el matrimonio, 5) separación de la esposa y/o esposo, 6) sentirse menos hombre, 7) sentirse menos mujer.

Cabría suponer que la pareja de alguna manera realiza este planteo de ventajas y desventajas, hasta a efectuar la elección de una de las alternativas. La pareja seleccionará aquella que según su criterio parece ser la mejor, a la luz de las consecuencias conocidas.

La decisión es tomada en el momento que es implementada, se inscribe en el programa de planificación familiar y con ello se cumple la última etapa del proceso de toma de decisiones para planificar la familia; la terminación (etapa E), pero el proceso no termina aquí, sino que existen otras

decisiones satélites alrededor de esta decisión central, que pueden estar determinando que la pareja permanezca y/o salga del programa.

Por lo cual se estaría tratando de visualizar cada etapa del proceso de toma de decisiones para planificar en búsqueda de que si han sido incluidas todas las etapas planteadas teóricamente y/o ha sido omitida alguna de ellas. Es de suponer que si el proceso fue llevado en su totalidad, como consecuencia, la pareja que se inscribió, tenderá a participar con responsabilidad, permaneciendo activa, en el programa a los efectos de cumplir con él o los objetivos que se plantearon.

En suma: el resultado de la toma de decisiones para planificar la familia, como proceso global está en función del cumplimiento de todas y cada una de las etapas por parte de la pareja.

## VIII.- METODOLOGIA

El método seleccionado fue el descriptivo en su modalidad de encuesta.

Las etapas previas de la investigación consistieron en: Observación directa no estructurada y estudio de seguimiento a usuarias del Programa de Planificación Familiar de la Casa de Salud, a través de revisión documental.

La observación directa, abarcó el período de un mes, en horario de consulta, y se realizó con el objetivo de visualizar los signos exteriores de las respuestas de las usuarias, al solicitar la consulta, durante su desarrollo y salida posterior de la misma. Se registraron anotaciones referente a sus expresiones durante la solicitud, durante la medición de peso y toma de presión arterial.

Durante la consulta, respecto al interrogatorio médico, de antecedentes físicos, embarazos, número de hijos vivos, - hijos muertos y abortos, y en cuanto a indicación del método anticonceptivo a usar; su salida posterior de consulta y la solicitud a la enfermera del método indicado.

El estudio de seguimiento, fué de carácter documental, tomando la información del registro diario de consulta pertenecientes al Programa de Planificación Familiar. Se si---

guieron a diez y nueve usuarias, que ingresaron en Febrero de 1984, por el período de un año hasta Febrero de 1985. De éste total completaron el año de concurrencia mensual solamente cuatro. Se esperaba una consulta al mes por tratarse de métodos anticonceptivos orales. En su tarjeta de registro de visitas, no se encontró información de motivos por los cuales dejaron de asistir.

Esta estrategia permitió determinar el universo o población a estudiar; conocer algunas características de la población (edad, sexo, escolaridad, estado civil, número de embarazos, promedio de hijos vivos, hijos muertos y abortos).

Previo a la elaboración del instrumento, en una tercera etapa se realizaron cinco entrevistas profundas conocidas en el campo de la antropología social como historias de vida. A través de esta técnica se permitió que la entrevistada recordara y destacara su vida, de acuerdo a como fue percibida desde su niñez, infancia, adolescencia, noviazgo, matrimonio, embarazos, nacimiento de los hijos y control de la natalidad.

El análisis posterior de la información facilitó la identificación de variables que tienen relación, con la conducta reproductiva de la mujer y su comportamiento respecto a la planificación familiar. Permitted la verificación de variables que manejaron los autores, citados en antecedentes de éste estudio. Así como enriquecer el modelo plantea

do de toma de decisiones, con elementos de la cultura real de las personas entrevistadas y favorecer de esta manera el diseño de un instrumento ajustado a esa realidad,

#### POBLACION DE ESTUDIO

La población pertenece a la Colonia Lázaro Cárdenas, - Cadereyta Jiménez, N.L. Los sujetos fueron parejas, cuya - esposa estaba inscrita al Programa de Planificación Familiar de la Casa de Salud Lázaro Cárdenas.

El universo de usuarios al momento de seleccionar la - muestra ascendía a ochenta. En este grupo quedaron incluídas usuarias activas y pasivas en el Programa.

Se captó para este estudio a las usuarias que ingresaron a partir del mes de Julio de 1984 y las que ingresaron en meses sucesivos, hasta el mes de Agosto de 1985. Se abarcó el período de un año, con la finalidad de que quedaran - incluídas usuarias cuyo tiempo de permanencia fuera cercano al año, y estuvieran activas por el interés de sus opiniones, referente a experiencias con el Programa. Así como -- también la posibilidad de incluir un mayor número de usuarias pasivas, debido a que sus opiniones eran de importancia relevante para explicar la deserción.

Se excluyó de este grupo a las usuarias de métodos definitivo (quirúrgico) y a embarazadas. Por la razón de que sus opiniones provenían de experiencias pasadas; las prime-

ras por haber adoptado un método definitivo con lo que su opinión no provendría de una experiencia actual y real, de la misma manera para las embarazadas, a lo que se suma su estado fisiológico y emocional. Ambas con su opinión podrían adoptar variables independientes extrañas que alterarían los resultados del estudio; por lo que su participación no se consideró de interés.

Con dicho procedimiento la población se redujo a cuarenta y siete usuarias. La técnica de selección fue de muestra accidental. En este tipo de muestra no probabilística no se emplea la extracción aleatoria; se aprovecha las muestras disponibles ó grupos de alumnos, grupos de usuarios en este caso. Se considera según Kerlinger que es la forma más deficiente de muestreo, pero generalmente el más frecuente. Empleando con conocimiento y cuidado razonables pueden obtenerse buenos resultados. Se recomienda evitar las muestras accidentales de modo que no se cuente con otras muestras. Su inconveniente es que los resultados no pueden generalizarse para toda la población.

La muestra así obtenida, más los esposos totalizaron noventa y cuatro personas a estudiar; de este total, se trabajó con cuarenta y cinco personas, que fueron los encontrados en sus respectivos domicilios. Diez y siete de ellas fueron parejas y once mujeres solas, debido a que no se encontró a los cónyuges, en las reiteradas visitas a sus domicilios.

No fué posible ubicar al total de personas por: cambio

## CONTENIDO DEL CUESTIONARIO

El cuestionario fue estructurado de la siguiente forma: (Ver Anexo N° 10).

Primera Sección: Corresponde a datos de; Identificación, lugar de nacimiento, estado civil y escolaridad.

Segunda Sección: Incluyó antecedentes de la familia de origen, número de hermanos; lugar que ocupó en el orden de nacimiento de los hermanos; problemas en sus primeros quince años de vida; actividades del padre (corresponde al cónyuge); actividades de la madre (corresponde a la esposa).

Tercera Sección: Formación de la familia actual; actividades de la familia; religión, conocimiento de sexualidad de los cónyuges; uso de fuentes, de información; significado positivo y negativo de tener hijos; historia de embarazos;

Cuarta Sección: Planificación Familiar - concepto; acuerdo de no embarazos, estímulo para planificar, uso de fuentes de información, ocurrencia de plática para tomar decisión; planteo de ventajas y desventajas para planificar; uso de método anticonceptivo actual; motivo por los cuales han dejado de asistir a la Casa-

de Salud.

Quinta Sección: Prueba de comprensión de conceptos.

Sexta Sección: Observación y comentarios del entrevistador.

Las preguntas en su mayoría fueron cerradas y cada una contenía un número determinado de respuestas posibles,

#### PRUEBA DEL INSTRUMENTO

Para su prueba se seleccionó a un grupo de usuarias -- del universo de estudio, utilizando el archivo de tarjetas, y de la cual se extrajo una muestra al azar (n=10). Se identificaron y se ubicaron sus respectivos domicilios, efectuándose las encuestas posteriormente; se aplicó en mujeres y -- solamente a un hombre (esposo de usuaria). La aplicación la realizó una mujer; no registrándose problema al entrevistarlos, pero si al entrevistar al hombre, debido a que se mostró con timidez al abordar los temas íntimos. Por lo cual su aplicación definitiva fue realizada por una pareja de ambos sexos.

La prueba del instrumento permitió medir el nivel de -- comprensión de las preguntas por parte del entrevistado, su disposición para contestar y el tiempo promedio de duración de la entrevista.

Se efectuaron las siguientes modificaciones: reestructura de las preguntas, para hacerlas entendibles de acuerdo al nivel de comprensión y lenguaje de los encuestados. Se -- cerraron preguntas abiertas, Se estableció un orden de com--

plejidad, en términos de obtener respuestas sólidas y confiables.

Esta etapa se consideró básica, para darle validez y confiabilidad al instrumento.

Para su llenado se diseñó un instructivo guía con indicaciones de como proceder para registrar las correspondientes respuestas.

La codificación de las preguntas del cuestionario se realizó posterior al levantamiento definitivo de la información. Se ubicaron las respuestas de las distintas preguntas y se establecieron categorías, a fin de operacionalizar las variables, a cada categoría, se le asignó un código, y para su identificación se utilizó un dígito.

La información fue tabulada, organizada y representada en cuadros y gráficas. Su interpretación se efectuó en base a relación de variables y a través de valores porcentuales y uso de estadísticas deductivas (coeficiente de correlación de Pearson y prueba Chi-cuadrada).

## IX, - DEFINICION DE TERMINOS

1. Deserción, Es el abandono de la concurrencia que solían - presentar los usuarios al Programa de Planificación Familiar de la Casa de Salud.
2. Toma de decisiones para planear la familia: Es un acto de liberado y consciente de la pareja de seleccionar entre varias o de al menos dos alternativas en un determinado curso de acción.
3. Modelo de toma de decisiones: Es una imagen construida de algún aspecto del medio y puede utilizarse como representación simplificada de una teoría o un sistema conceptual (toma de decisiones de la pareja para planear la -- familia).
4. Estudio retrospectivo. Es aquella investigación en la cual, la manifestación de algún fenómeno actual (deser-- ción) se relaciona con otros fenómenos que ocurrieron en el pasado mediato (antecedentes de la familia de origen de las parejas de estudio y los de la pareja misma).
5. Planificar la familia. Es la decisión que toma la pareja en cuanto a: el número de hijos que van a tener; el tiempo de espaciamiento entre uno y otro y el uso efectivo de un método anticonceptivo.
6. Usuarios activos son las parejas que acuden en forma - -

regular a la consulta del Programa de Planificación Familiar y están llevando un método anticonceptivo con la -- dirección y guía de la Casa de Salud en el momento de -- realizarse la entrevista para este estudio.

7. Usuarios pasivos son las parejas que ha dejado de asistir en forma regular a las consultas del Programa de Planificación Familiar y que al momento de la entrevista para este estudio no estén usando ningún método anticonceptivo.
8. Pareja. Es la relación de un hombre y una mujer que viven juntos, con ó sin hijos, y que están inscritos en el Programa de Planificación Familiar de la Casa de Salud.
9. Familia de origen. Es la familia de los cónyuges conformada por su padre, su madre y hermanos de estos.

## X.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Los resultados se presentan (ordenados) de acuerdo al modelo (esquema) planteado sobre "Toma de Decisiones de la Pareja para Planear la Familia".

### A. ETAPA DE INICIO

#### 1.- Antecedentes de la familia de origen.

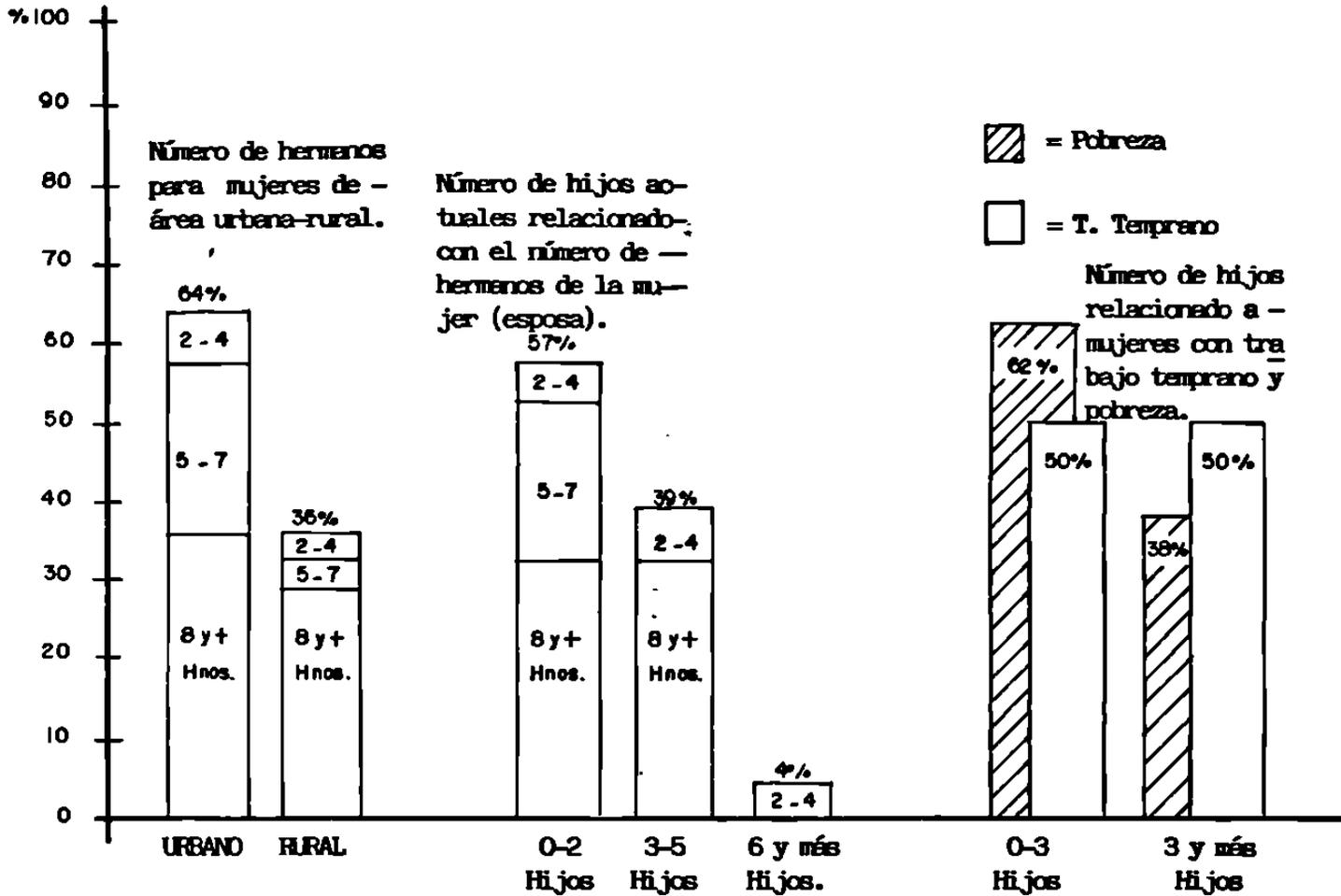
Bajo esta etapa se indagó sobre aspectos como: Lugar geográfico donde los esposos pasaron sus primeros quince años de vida; el número de hermanos en sus respectivas familias; el lugar que ocuparon respecto al total de hermanos y la existencia de problemas familiares que podrían haber afectado a uno de los cónyuges o a ambos.

A través de la Gráfica N° 1 pueden observarse parte de estos resultados. Se muestra la procedencia rural-urbana en mujeres en relación al número de hermanos y número de hijos; así como la existencia de problemas (trabajo temprano-pobreza) relacionados al número de hijos.

Sobre estos datos, puede visualizarse, que tanto la mujer que procedía del área urbana como la de área rural, tuvieron similar número de hermanos considerado alto ( $\bar{x}=7$ ). La misma situación se dió para los esposos. (Ver Anexo N° 1,2). Al relacionarse el número de hermanos con el número de hijos que actualmente tienen como pareja, la tendencia es a no asociarse ya que, aunque tuvieron "muchos hermanos", se tienen pocos hijos (Ver Anexos 3,4).

GRAFICA No. 1

ANTECEDENTES DE AL FAMILIA DE ORIGEN, TEORICAMENTE RELACIONADOS CON LA CONDUCTA NATAL DE LA PAREJA.



FUENTE: CONCENTRACION Cuadros Anexos (No. 1, 2, 6)

Similar comportamiento se obtuvo al relacionarlos con el número de hijos ideales (Anexo N° 5).

Lo que si parece tener relación directa, en el hecho de que como miembros de una familia, enfrentaron una serie de -- problemas como: haber pasado hambre, pobreza en el hogar, ini-- ciar trabajo remunerado a edad temprana, cuidado de hermanos y otros. Toda esta problemática se asocia entre sí, con más o menos fuerza, según se comprobó al aplicar una medida de -- correlación a los datos ( R de Pearson; p=0.5). En el Cua-- dro N° 1, se muestran los resultados tanto para hombres como

Cuadro No. 1

Correlación de Problemas ocurridos a Mujeres y Hombres en sus Primeros 15 - Años de Vida.

MUJERES (n=28)									
	Hombre	Pobreza	Muchos Hermanos	Alcoholismo	Peleds	Trobojo Temprano	Ausencia Padre Madre	Cuidado Hermanos	Inasistencia Escuela
Hambre		0.5960 ( 28) P=0.000	0.13 25 ( 28) P=0.254	0.3450 ( 28) P=0.036	0.1254 ( 28) P=0.262	0.2294 ( 28) P=0.120	0.0727 ( 28) P=0.357	0.3450 ( 28) P=0.036	0.1325 ( 28) P=0.251
Pobreza	0.6086 ( 17) P=0.005		0.0000 ( 28) P=0.500	0.13 25 ( 28) P=0.251	0.0430 ( 28) P=0.414	0.4330 ( 28) P=0.011	-0.0422 ( 28) P=0.416	-0.0221 ( 28) P=0.456	0.0000 ( 28) P=0.500
Muchos Hermanos	-0.1690 ( 17) P=0.258	-0.2777 ( 17) P=0.140		0.3091 ( 28) P=0.055	0.2582 ( 28) P=0.092	0.0825 ( 28) P=0.338	-0.2955 ( 28) P=0.063	0.3091 ( 28) P=0.055	0.0476 ( 28) P=0.405
Alcoholismo	0.2652 ( 17) P=0.152	0.1614 ( 17) P=0.268	0.2092 ( 17) P=0.210		0.4446 ( 28) P=0.009	0.3824 ( 28) P=0.022	-0.0839 ( 28) P=0.336	0.3450 ( 28) P=0.036	0.3091 ( 28) P=0.055
Peleds	0.3105 ( 17) P=0.113	0.3581 ( 17) P=0.079	-0.0994 ( 17) P=0.352	0.4507 ( 17) P=0.035		0.0000 ( 28) P=0.500	0.1635 ( 28) P=0.203	0.1254 ( 28) P=0.262	0.0861 ( 28) P=0.332
Trobojo Temprano	0.5230 ( 17) P=0.016	0.2506 ( 17) P=0.166	0.0994 ( 17) P=0.352	0.1387 ( 17) P=0.298	0.3077 ( 17) P=0.115		-0.0731 ( 28) P=0.356	0.2294 ( 28) P=0.120	0.4124 ( 28) P=0.015
Ausencia Padre Madre	-0.095 ( 17) P=0.364	-0.1500 ( 17) P=0.283	0.0154 ( 17) P=0.477	-0.1614 ( 17) P=0.268	0.5550 ( 17) P=0.010	0.3581 ( 17) P=0.079		0.2293 ( 28) P=0.023	0.3800 ( 28) P=0.023
Cuidado Hermanos	0.2901 ( 17) P=0.129	-0.0636 ( 17) P=0.283	0.1177 ( 17) P=0.326	-0.1846 ( 17) P=0.239	-0.1195 ( 17) P=0.324	0.4097 ( 17) P=0.051	0.0636 ( 17) P=0.404		0.6623 ( 28) P=0.000
Inasistencia Escuela	0.4085 ( 17) P=0.052	0.0154 ( 17) P=0.477	0.2143 ( 17) P=0.204	0.2988 ( 17) P=0.122	-0.1823 ( 17) P=0.242	0.4641 ( 17) P=0.030	-0.2777 ( 17) P=0.140	0.3825 ( 17) P=0.055	
HOMBRES (n=17)									

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

VALORES NUMERICOS

Ejm.



para mujeres.

Pobreza y trabajo temprano registraron una correlación más intensa en mujeres. En la Gráfica N<sup>o</sup> 1, se estableció la relación de los casos que se presentaron con el número de hijos, resultando que tienen pocos hijos (Ver Anexo N<sup>o</sup> 6). Similar situación se observó al relacionar los casos en mujeres que cuidaron hermanos, según lugar que ocupó y el número de hijos actuales, estos casos tienen pocos hijos.

CUADRO N<sup>o</sup> 2

Mujeres que han cuidado hermanos según lugar que ocupó en orden de nacimiento y número de hijos (n=9)

Lugar que ocupó	Número de Hijos		Número de Hijos			
	0 - 2		3 - 5		Total	
	N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%
1er. Lugar	4	66	1	33	5	56
2 <sup>o</sup> Lugar	0	-	1	33	1	11
3er. Lugar	1	17	0	-	1	11
4to. y más lugar	1	17	1	33	2	22
T o t a l	6	67	3	33	9	100

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA.

Analizando estos datos en función de la teoría de Vázquez<sup>1</sup> la cual dice: "que una familia que proviene de familia numerosa tiende a procrear un número de hijos similar al de su familia

1. Vázquez L.E. Op. Cit. Pag. 45

de origen", en el estudio se encontró que si bien las mujeres procedían de familias numerosas (urbano-rural) tuvieron un número de hijos menor.

Sin embargo, al analizar las historias de vida, se encontró que las familias no numerosas estudiadas, con antecedentes de muchos hermanos, manifestaron que limitaron la procreación de hijos debido a experiencias personales, tales como: el hecho de haber pasado hambre en su niñez; vivir en un estado de pobreza por ser familia numerosa; obligación de trabajar tempranamente para cubrir sus principales necesidades, y otras, por las cuales, no desean que sus hijos vivan estas experiencias. Esta observación motiva a que se exploren más profundamente estos aspectos, a fin de poder afirmar, que realmente estén condicionando la reducción del número de hijos.

Otro de los aspectos a destacar es que, tanto las parejas que procedieron del medio rural, como las que procedieron del medio urbano, provinieron de familias numerosas. Vázquez<sup>1</sup> ha hecho algunas consideraciones al respecto, fundamentando que la característica de familia numerosa para el área rural, se debe que, los padres esperan que los hijos, conforme van creciendo contribuyan al sustento del hogar, por lo que sería menor la motivación para planearlos o reducir su número. Mientras que la tendencia para familia urbana, es - -

---

1. Op. Cit. Vázquez L.E. Pag. 45

dé tener pocos hijos por necesidades económicas y porque -- generalmente aspiran a mejorar su nivel de vida, y además -- están expuestas a mayores estímulos respecto a planifica--- ción familiar.

Se destaca que en la población estudiada, no se visualizó la diferenciación planteada por Vázquez. El hecho de familia numerosa para los que provinieron de área urbana, - lleva a pensar que posiblemente se debió al origen rural de los padres. Lo que sí pudo observarse, es que estas parejas tienen pocos hijos, probablemente por los antecedentes de - sus familias de origen y por vivir en zona marginada, en la que se hace sentir las influencias de la zona urbana.

## 2.- Antecedentes de la Pareja

Al entrar en el ámbito de la relación de pareja se consideró de importancia buscar: a) Cuáles fueron los motivos para llegar a unirse (matrimonio) y que significado tiene - para cada uno de los cónyuges, las relaciones sexuales dentro de su relación de esposos. b) Se exploró además, el rol que jugó el padre y la madre de los esposos: c) La existencia de problemas en embarazos y partos; d) La escolaridad - en relación al número de hijos, así como los estímulos planueados por la pareja para iniciarse en Planificación Familiar.

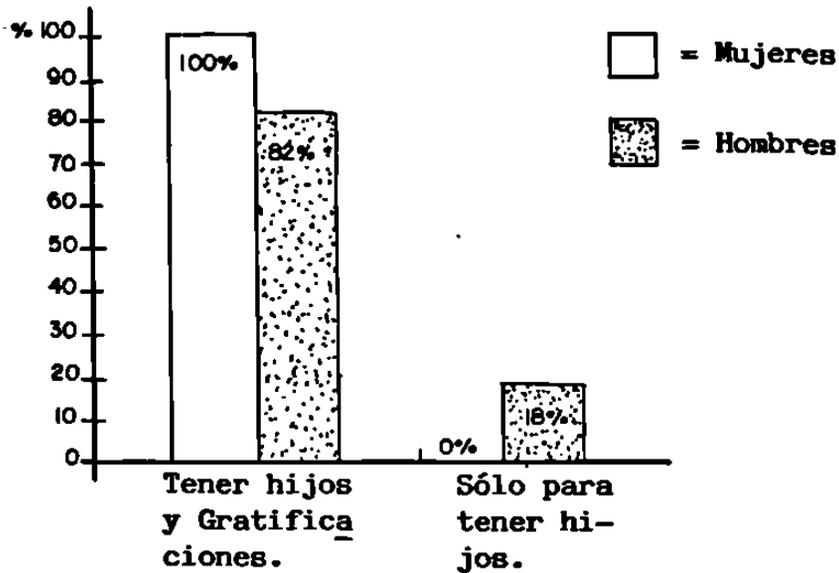
a) Motivos para casarse y significado de relaciones sexuales.

Al observar la Gráfica N<sup>o</sup> 2 se visualiza, que la mayoría de la muestra opinó, que si bien el motivo de casarse --

fue para tener hijos, también lo es para tener gratificaciones. Una mínima parte argumentó, que se casó únicamente - para tener hijos.

GRAFICA No. 2

Motivos Expresados por Mujeres y Hombres para llegar al Matrimonio.



En lo que respecta al significado de relaciones sexuales, hombres y mujeres le adjudicaron importancia al hecho de sentir placer como pareja, en segundo término para tener hijos y sentir placer como pareja y en tercer término sólo para tener hijos. (Cuadro N<sup>o</sup> 3)

CUADRO N<sup>o</sup> 3

Significado de relaciones sexuales en mujeres y hombres entrevistados.

	MUJERES (n=28)		HOMBRES (n=17)	
	N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%
Sólo para tener hijos	7	25	1	6
Tener hijos y sentir placer.	8	29	6	35
Sentir placer como pareja	9	32	10	59
No sabe	4	14	0	-
T O T A L .	28	100	17	100

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

Tanto en el primero de los aspectos como en el segundo es posible visualizar que la formación de la pareja tuvo -- otros fines aparte del de tener hijos. Se buscó para cada uno de los aspectos, la relación con el número de hijos, no encontrándose una diferencia marcada para las mujeres que -- difirieron en opinión.

b). Roll que jugaron los padres del matrimonio y roll de la esposa.

Por otro lado, el papel actual que desempeña la esposa dentro del hogar, influye y a la vez es influido por el número de hijos que se tiene o se desearía idealmente tener; -- adicionalmente se reconoce que en este aspecto los respectivos padres y el roll que ellos desempeñaron, en su momento influyó en los actuales cónyuges.

c) Problemas en embarazos y partos.

Se ha determinado para las mujeres que el hecho de que hayan tenido problemas en embarazos y partos, no parece -- tener una influencia decisiva en la reducción del número de hijos, debido a que el grupo de mujeres que sí lo presentaron, tienen un número de hijos similar a las que no presentaron problemas.

d) Escolaridad en relación al número de hijos.

En cambio un nivel de escolaridad de primaria completa y otros estudios en mujeres parece determinar la preferen-- cia por un número reducido de hijos (dos o tres) (Ver Cua-- dro N° 4).

CUADRO Nº 4

Número de hijos según nivel de escolaridad de las mujeres (n=28)

Nivel de Escolaridad	Número de Hijos		0 - 2		3 y más		total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primaria Incompleta	6	37	6	50	12	43		
Primaria Completa y más	10	63	6	50	16	57		
Total	16	57	12	43	28	100		

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

De estos aspectos analizados puede visualizarse que, tanto los motivos para formar la pareja, como el significado que le adjudicaron a las relaciones sexuales, están centrados en obtener otras gratificaciones además de la finalidad de tener hijos. Vázquez<sup>1</sup> ha mencionado que "aún se conservan en la sociedad, algunas costumbres y conceptos propios de una sociedad tradicionalista, donde la familia sigue siendo la célula de la Sociedad y dentro de ésta la mujer aparece como productora de hijos y el hombre como propagador de los mismos", este concepto no se aplicaría en las parejas del estudio, ya que tanto hombres como mujeres argumentaron que el hecho de casarse y tener relaciones sexuales, está orientado a buscar placer y otras gratificaciones y no sólo con el fin de tener hijos.

1. Vázquez L.E. Op. Cit. Pag. 45.

Por otra parte la autora señala que desde el punto de vista psicológico "la mujer tiende a embarzarse con frecuencia por el temor causado por la inseguridad en el amor de su marido, y si tomase anticonceptivos, existiría entonces, el temor a ser considerada adúltera". Se evidencia, a través de los resultados, que la mujer sólo desea un promedio de tres hijos en su vida matrimonial, actualmente tiene dos, y estan en el programa de Planificación Familiar.

Otra posición de Vázquez es que "aquella mujer casada que no participa en la fuerza de trabajo, tiende a tener -- mayor cantidad de hijos con la finalidad de compañía y reafirmación de su roll Social de madre". Sin embargo en el estudio no se observó dicha tendencia, pues las madres entrevistadas, en su mayoría no participan de la fuerza de trabajo, pero sus deseos como se ha venido diciendo en el transcurso del estudio, es de tener dos o tres hijos y no desean un número mayor; refuerza además esta posición el hecho de que estas mujeres tienen en su mayoría aspiraciones de trabajar y/o estudiar.

Hofferth<sup>1</sup>(1983), nos dice "que cuando una pareja tiene una historia de embarazos que han culminado en abortos y/o partos difíciles, disminuyen las expectativas para con el número de hijos deseados". En las parejas de estudio que -

---

1. Hofferth (1983), Op. Cit. Pag. 14

presentaron este tipo de problemas, se manifiesta la tendencia de tener los hijos deseados. Pero cabe aclarar que: 1) Para determinar si fue o no problema el embarazo, se tomó como criterio la opinión de la autora, y no la del sentir del usuario; y 2) La pregunta que se hizo para identificar el número de hijos ideales fue: ¿Qué número de hijos considera debe tener una "familia ideal"?, donde la respuesta -- puede no estar centrada a determinar los hijos deseados por la pareja. Esto sugiere que los items que se usen para -- probar la teoría de Hofferth sean revisados a fin de orientar su enfoque específicamente para detectar problemas sentidos por el usuario, en cuanto a embarazo se refiere, así como a determinar los hijos deseados por estos.

En cuanto a escolaridad, la S.S.A. (1983)<sup>1</sup> determinó -- en base a estudios que un número de hijos reducido estuvo -- relacionado a matrimonio realizado tardíamente (20-24) y al nivel de escolaridad. Aquí los resultados revelaron que un nivel de escolaridad alto en mujeres estuvo relacionado a -- pocos hijos. Sin embargo se omitió la pregunta que permiti-- tiera conocer la edad a la que se realizó al matrimonio.

e) Estímulos para iniciarse en planificación familiar

Si bien las variables consideradas hasta aquí, influyen en cierta manera en la conducta natal de la pareja, por si solas, no conducen a la determinación definitiva de planear

---

1. S.S.A. (1983) Op. Cit. Pag. 47

el número de hijos, sino que actúan en conjunto con una serie de estímulos externos, en una situación global de la que surge como resultado la idea de planear los hijos.

De acuerdo a ello se ha confirmado a través de los resultados (Cuadro N° 5), observándose al confrontar a las parejas, que los esposos en una mayoría, a diferencia de las esposas, opinaron que deseaban un mejor bienestar, para los cuales el espaciamiento no parece ser relevante, o no lo relacionan, a que un incremento de los mismos podría afectar en parte el logro de sus aspiraciones.

Lo significativo es que una minoría de esposos y esposas opinaron que habían completado el número deseado. Mientras que el 91.0% de los esposos y el 92.0% de las esposas se abstuvieron de opinar, lo que podría estar justificado por el hecho de que aún mantienen la expectativa de un número de hijos mayor.

CUADRO N° 5

Estímulos planteados por los cónyuges para, ingresar al Programa de Planificación Familiar.

ESTIMULO \ RESPUESTA	POSITIVA EN ESPOSAS (n=17)		POSITIVO EN ESPOSOS (n=17)	
	Nº	%	Nº	%
Problemas Económicos	12	30.0	11	25.0
Espaciamiento de los hijos	12	30.0	9	20.0
Aspiraciones profundas de mejor bienestar	4	10.0	11	25.0
Salud de la Esposa	7	17.5	7	16.0
Completó el número deseado	3	7.5	4	9.0
Enfermedad de los Hijos	2	5.0	2	5.0
Total	40	100	44	100

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

Se observó que la principal razón por la cual las parejas han decidido ingresar al Programa de Planificación Familiar fué por problemas económicos. Esto reafirma la teoría microeconómica de Becker y Lobeinstein, la cual dice que -- "los niños representan bienes, cuya demanda está determinada como cualquier producto".....

Una observación interesante que muestra el Cuadro N° 5 es que el 25.0% de los hombres señalan como estímulo el -- items: "Aspiraciones profundas de mejor bienestar"; mientras que las mujeres sólo en un 10.0% están en acuerdo con este items.

Es importante determinar: 1) qué entendió cada uno de los cónyuges por "Bienestar"; 2) La opinión de la autora con respecto a este punto podría diferir de la opinión de los -- entrevistados, por lo que se considera que este items no -- permite clarificar si fue motivo o no para ingresar al Programa de Planificación Familiar.

Se destaca que la pregunta estaba orientada a determinar cuál de los items era el motivo principal para que la -- pareja decidiera ingresar al Programa sin embargo se registró más de un items por lo que no se puede determinar con -- precisión el motivo real.

---

1. BECKER, LOBEINSTEIN, OP. Cit. Pag. 48

## B.- ETAPA DE ACOPIO DE INFORMACION

Luego de haber examinado una serie de variables que - - tienen que ver con antecedentes familiares y antecedentes de las parejas, se investigó el acopio de información que hicieron, en las instancias previas y al iniciarse en el Programa de Planificación Familiar. En esta etapa se indagó sobre: - 1) el concepto de Planificación Familiar en relación al uso y número de fuentes formales e informales utilizadas; 2) los tipos de fuentes de información; 3) se exploró el contenido de información recibida por mujeres al inicio en el programa; 4) se examinó el nivel de comprensión de lectura y 5) se consideró el nivel de información básica de sexualidad en relación al nivel de escolaridad.

- 1) Concepto de Planificación Familiar en relación al uso y número de fuentes formales e informales utilizados.

Se analizó los datos partiendo del supuesto de que un - concepto aceptable se asocia al uso de más de una fuente de información, formal; pero de acuerdo a los resultados pudo - observarse, (Cuadro N° 6) que si bien la relación se dió, -- fué de escasa relevancia, debido a que sólo un 19.0% (n=26) de las mujeres respondieron en forma aceptable. Lo que sí - merece destacarse es que el resto de las mujeres emitieron un concepto incompleto ó erróneo (81.0%). Con respecto a los - hombres una discreta mayoría demostró tener claro el concepto de planificación familiar, en relación al uso de una fuente; similar a lo observado en mujeres.

CUADRO Nº 6

Mujeres y Hombres según uso de fuentes de Información Formales y según concepto de Planificación Familiar.

Concepto de P.F.	Fuentes Formales		Mujeres según uso de Fuentes Formales (n=26)						Hombres según uso de Fuentes Formales (n=15)					
			1		2y más		Total		1		2y más		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Erróneo o No sabe	5	29	3	33	8	31	2	17	1	33	3	20		
Incompleto	9	33	4	44	13	50	3	25	1	33	4	27		
Aceptable	3	18	2	22	5	19	7	58	1	33	8	53		
Total	17	65	9	35	26	100	12	80	3	20	15	100		

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA.

Las fuentes informales, fueron utilizadas mayormente por mujeres, no observándose variación en los resultados con respecto a que hayan favorecido para que aumentaran el número de respuestas correctas (Cuadro Anexo Nº 7).

A través de este análisis se observó que si bien las - - mujeres han tomado contacto con uno o dos fuentes formales de información, y están practicando la anticoncepción, no les -- fué posible a la mayoría emitir un concepto aceptable sobre - planificación familiar; esto hace suponer que no han recibido esta información y/o si la recibieron no ha sido lo suficientemente clara para que le permitiera formarse un concepto al respecto. Por lo que se plantea dificultades que pueden - -- tener su origen en ellas como receptoras o en el transmisor - del mensaje; o en ambos a la vez.

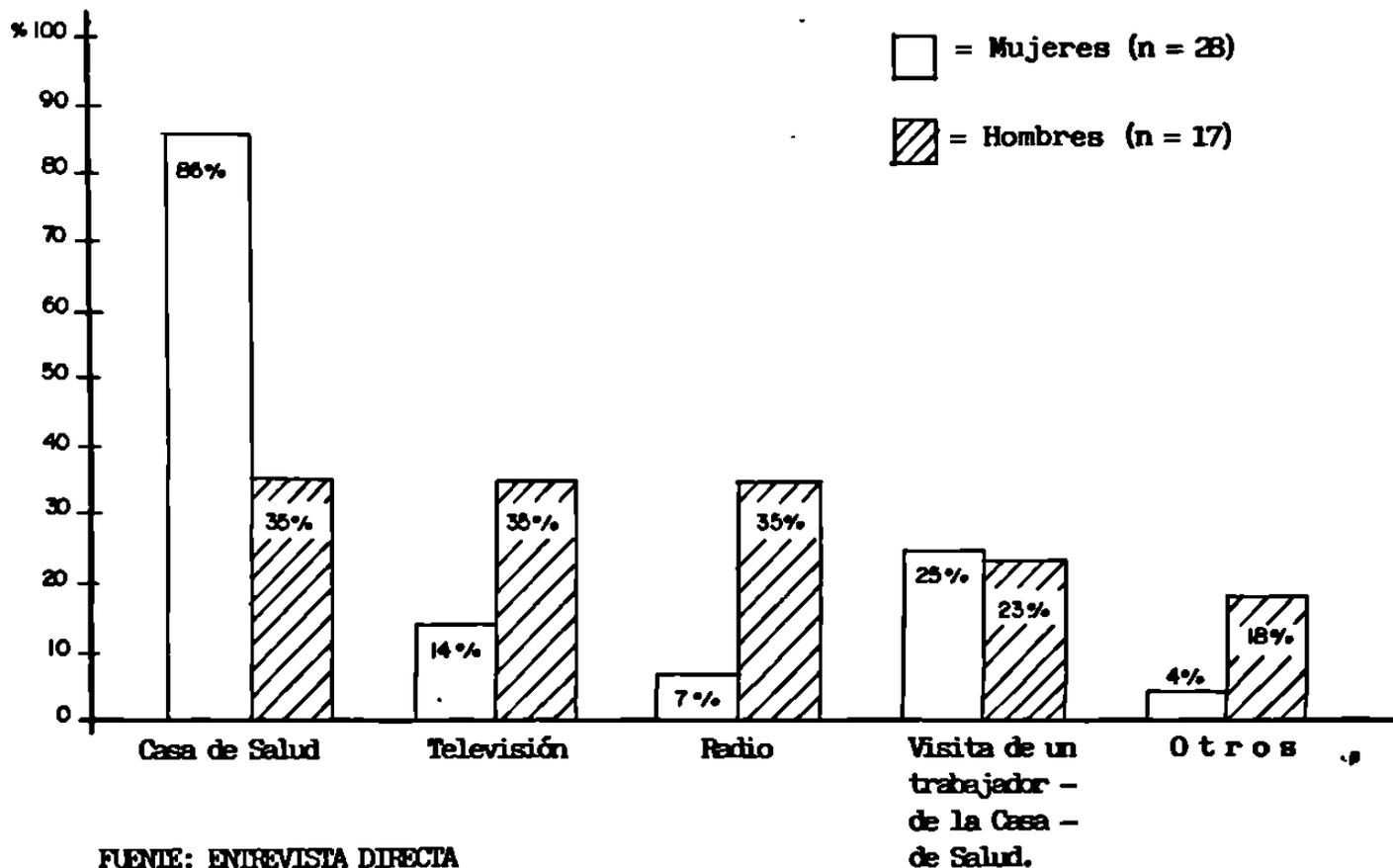
## 2) Fuentes de Información

Se describe a continuación los tipos de fuentes que -- han utilizado mujeres y hombres usuarios en relación a planificación familiar.

De acuerdo a los datos contenidos en la Gráfica N°3 se visualizó que la fuente de información más utilizada por mujeres ha sido la Casa de Salud, y la visita de un trabajador de Salud a sus hogares, un uso menor se registró con respecto a los demás medios de información. En lo que respecta a los hombres, se observó variedad de fuentes y uso uniforme de las mismas. Destacándose que los hombres tuvieron

GRAFICA No. 3

Mujeres y hombres según fuentes formales de Información utilizados para Planificar la Familia.



ron como fuente principal los medios masivos de comunicaci~~ón~~.

Como se sabe, los medios masivos de comunicaci~~ón~~ indican el cómo; por lo tanto la mujer como se observa, en la Gráfica N<sup>o</sup> 3, quizás busque intencionadamente la informaci~~ón~~ en la -- Casa de Salud, a fin de contestarse el "cómo" tener una familia pequeña. Sin embargo surge la pregunta, si realmente los medios masivos, motivaron esta búsqueda o fué su situaci~~ón~~ -- socioeconómica la que la llevó a la búsqueda de la informaci~~ón~~.

A reserva de ser estudiado este punto; el hecho es que -- la mujer acude casi sola a la Casa de Salud. Por lo tanto es de vital importancia que la recepci~~ón~~ en el primer contacto y los subsecuentes sea tan profesional, que permita identificar las necesidades reales que la llevaron a solicitar consulta -- sobre planificaci~~ón~~ familiar para establecer un plan de trabajo acorde a estas necesidades.

### 3).- Contenido de la informaci~~ón~~.

En el Cuadro N<sup>o</sup> 7 podemos percibir que el 42.0% de las -- mujeres habían recibido la informaci~~ón~~ sobre métodos anticonceptivos. No es posible identificar quienes de este 42.0% -- habían recibido la informaci~~ón~~ previa, es decir, la de órganos femeninos, su funci~~ón~~ y formaci~~ón~~ de embarazos. Lo que -- si puede determinarse es que la informaci~~ón~~ que reciben no -- sigue una secuencia lógica y es evidente que muchas de ellas, carecen de la orientaci~~ón~~ básica sobre la estructura y funcionamiento de sus órganos y lamentablemente sobre la formaci~~ón~~ del embarazo.

CUADRO N<sup>o</sup> 7

Mujeres, según contenido de Información Recibida al iniciarse en el Programa de Planificación Familiar. Según Secuencia Lógica.

Secuencia Lógica	Contenido de la Información para planear	Mujeres según contenido de información recibida (n=28)	
		N <sup>o</sup>	%
1	Información de <u>órganos</u> <u>femeni</u> <u>nos</u>	7	12.0
2	Información Función de <u>órganos</u> <u>femeni</u> <u>nos</u>	6	10.0
3	Formación de Embarazo	4	7.0
4	Método Anticonceptivo	25	42.0
5	Ventajas y Desventajas de los métodos	7	12.0
6	Controles de -- método	10	17.0
	Total	59	100 ..

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

Se ha consignado a través de la literatura, entre ellos García F.<sup>1</sup> que para la práctica anticonceptiva es muy importante el conocimiento que la mujer tenga de los procesos fisiológicos básicos de su aparato reproductor, por ello es de trascendencia, la escasa información que han recibido estas usuarias, determinando así un mayor riesgo en la decisión -- que se tome y las probabilidades de que no sea la correcta, se une a las alternativas posibles.

1. García F. y otros OP. Cit. pag. 15

Por otra parte es vital que previo el ingreso al Programa de Planificación Familiar, se explore en los usuarios su nivel de conocimientos sobre el tema y las motivaciones que los llevaron a iniciarse en el mismo.

Realizar un enfoque sobre lo que implica la planificación familiar, destacando la importancia de la paternidad responsable, de las relaciones familiares y por último él o los métodos de control natal existentes y el que mejor se ajuste a las necesidades de la pareja

#### 4).- Nivel de Comprensión de Lectura

Para esta parte de la etapa de acopio de información, se valoró en hombres y mujeres que sabían leer la capacidad de comprensión de lectura a través de un folleto, cuyo contenido estaba enfocado al tema de planificación familiar, (aplicado al finalizar la entrevista). Con esto fue posible identificar si las parejas tenían la posibilidad de leer y comprender la información impresa; además para inferir la capacidad de retención de información..

Del análisis de resultados del Cuadro Nº 8, se deduce que hubo mayor dificultad en mujeres que en hombres para comprender y retener la información. Esto se destaca debido a que el 58,0% engloba a mujeres que entendieron la mitad de la información y las que no entendieron.

CUADRO Nº 8

Mujeres y Hombres según nivel de comprensión de lectura de Folleto sobre Planificación Familiar.

	Mujeres según		Hombres según	
	Comprensión de		Comprensión de	
	Lectura (n=26)		Lectura (n=16)	
	Nº	%	Nº	%
Entendió Totalmente	11	42	11	69
Entendió La mitad	9	35	4	25
No Entendió	6	23	1	6
Total	26	100	16	100

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

Por otra parte, se estudió en aquellas personas que no entendieron totalmente el contenido del folleto, qué fue, - lo que le dificultó su comprensión; encontrándose que el -- significado de términos, fué la limitante de esta compren-- sión en el 100.0% de los que tuvieron dificultad. ( Ver Cua-- dro N° 9 ).

CUADRO N° 9

Hombres y Mujeres según aspectos no comprendidos en la lectura del Folleto de Planificación Familiar

Aspectos No comprendidos de Lectura	Mujeres según aspectos Que no entendieron del Texto (n=15)		Hombres según aspectos Que no entendieron del Texto (n=5)	
	Nº	%	Nº	%
Significado de Términos	15	100	5	100
Letras	0	-	-	-
Dibujos	0	-	0	-
Total	15	100	5	100

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA.

Con esto se puede determinar que los términos son los - que dificultan la comprensión, pero no se indagó sobre "cuá- les fueron" los que dificultaron esta comprensión. Por lo - tanto se reconoce la necesidad de identificarlos a fin de -- recomendar a los que elaboran este material, que definan, en el folleto éstos términos o que los cambien por otros más -- entendibles para la comunidad.

§) Información básica de sexualidad en relación al nivel de escolaridad.

Se indagó sobre este aspecto, bajo el supuesto de que un mayor nivel de escolaridad podría estar relacionado a información suficiente de Sexualidad.

Los datos observados en el Cuadro N°10, nos indican -- que dicha relación se dió unicamente en el 14.0% de los -- casos en mujeres (n=28). El resto se ubicaron en el nivel de información poco suficiente a pesar de tener primaria -- completa y otros estudios. En cambio para hombres los dos aspectos estuvieron relacionados en forma positiva. Destacándose que la mayoría de ellos a diferencia de las mujeres, tienen un nivel superior de información de sexualidad. Pue de pensarse que esta diferencia en favor del sexo masculi-- no, se deba al nivel de escolaridad, y a una mayor libertad para hablar del tema con su mismo sexo e interés por la -- lectura entre otros. En cambio en mujeres, los temas de -- sexualidad son poco tratados, debido en parte a inhibición propia de la mujer y al tabú existente sobre Sexo en la So-- ciedad.

CUADRO Nº 10

Mujeres y Hombres, según nivel de escolaridad y según Información de Sexualidad.

Nivel de Escolaridad Inf. de Sexualidad	Mujeres Según Nivel de Escolaridad (n=28)						Hombres Según Nivel de Escolaridad (n=17)					
	Primaria Incompleta		Primaria Completa		Total		Primaria Incompleta		Primaria Completa y más		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Insuficiente	5	42	1	6	6	22	1	33	0	-	1	6
Poco Suficiente	7	58	11	69	18	64	1	33	0	-	1	6
Suficiente	0	-	4	25	4	14	1	33	14	100	15	88
Total	12	43	16	57	28	100	3	18	14	82	17	100

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

Los resultados nos muestran, que, el nivel de escolaridad no parece haber influido en el incremento de información de sexualidad en estas mujeres. Es de suponer que los esposos a pesar de ser más conocedores del tema no han dialogado con ellas al respecto; de haber ocurrido lo contrario, los resultados quizás hubieran sido diferentes.

La situación es que, en la pareja prácticamente no se habla de sexualidad, ya sea por temor, vergüenza u otros. Por ende la mujer acude a la Casa de Salud con escasa información al respecto.

Lo anterior fundamenta la necesidad de que a su inicio en el Programa de Planificación Familiar reciba los conocimientos básicos de su aparato reproductor, para comprender las explicaciones de la metodología anticonceptiva según preceptos de García F.

Respecto a esta etapa de acopio de información se ha establecido que, cuando la pareja que desea planear los hijos carece de información básica de sexualidad, tendrán dificultad para reunir y entender la información; además se hizo mención que la información que reciban debe estar acorde a su nivel educativo y los contenidos deberán ser claros y precisos a su nivel de comprensión.

El estudio mostró que la mujer en general tiene información limitada de sexualidad; del significado de planear la familia, y además dificultad para la comprensión de lectura, en lo que respecta a significado de términos. A pesar de que, el 57.0% de estas mujeres, cuentan con estudios de primaria completa, han cursado en forma parcial secundaria y otras carreras técnicas, además, de que han utilizado una o más de una fuente de información a su inicio en Planificación Familiar; estas fuentes no han sido al parecer suficientes dado los resultados obtenidos.

Esta situación coloca a la mujer en clara desventaja con respecto a los hombres, debido a que en ellos el nivel de información encontrado fué superior. Pero estas diferencias podrían ser muy bien utilizadas, al involucrar a los hombres-esposos en el Programa de Planificación Familiar, como miembros integradores de los conocimientos en la pareja.

Sabido es que la información es uno de los aspectos cla

ves para solucionar un problema, sin o con escasa información las dificultades son mayores. Es sobre este aspecto, donde debe focalizar la atención, la enfermera comunitaria; siempre y cuando sus objetivos estén orientados a trabajar con la familia y por ende con la comunidad.

Gran parte de la actividad de la enfermera comunitaria, involucra la enseñanza, lo que supone ir más allá de brindar información; es cambiar comportamientos de la familia a prácticas más saludables; para ello debe entender y aplicar las teorías del aprendizaje. Deberá tener presente que cada persona, familia, grupo o comunidad tiene su propia cultura. Varias características de esta cultura -- tienen significado para la enfermera comunitaria, 1) Se -- aprende no se adquiere, de tal manera que algunos elementos pueden ser reaprendidos y algunos cambiados, 2) Es compartido, es un fenómeno de grupo y controla el comportamiento y valores de todos los miembros.

Los intentos de cambiar el comportamiento de una persona pueden ser inefectivos, mientras que en grupo puede ser efectivo, 3) Es dinámica, la cultura preserva su integridad delegando las prácticas no funcionales y adquiriendo los componentes que le servirán al grupo,

Consecuentemente es posible introducir factores mejorados de Salud, los cuales son presentados de acuerdo a la manera de los valores culturales de los clientes.

Según Walton B,<sup>1</sup>. Se sostiene que aquellos temas que son relevantes al cliente, son aprendidos más fácilmente y se retienen por un tiempo mayor que la información que no tiene ningún significado. Afirma además que el cliente debe derivar satisfacción del aprendizaje para mantener la motivación y aumentar su autocuidado y auto instrucción.

Como conclusión: al contemplarse estos y otros aspectos que tienen que ver con el desarrollo de la comunidad, puede lograrse un involucramiento consciente de la pareja, familia y comunidad en los programas de atención primaria y en este caso en especial el de Planificación Familiar.

---

1. Walton S.B. Community Health Nursing. Concepts and Practice, Little, Brown and Company, Boston, 1981, Pag. 77

C.- ETAPA DE ORDENAMIENTO Y DISCRIMINACION DE  
LA INFORMACION.

Como se hizo mención en otro momento, en esta etapa se registra un proceso mental consciente y/o inconsciente, dando como resultado ordenar y discriminar pensamientos y sentimientos con respecto al problema planteado, esto, da como efecto la posibilidad de plantear alternativas acordes a su situación peculiar.

Para examinar este proceso se indagó sobre: 1) el significado positivo de tener hijos; 2) significado negativo de tener hijos y 3) la influencia de la iglesia en la toma de decisión para planearlos.

1) Significado positivo de tener hijos.

Analizando el Cuadro N° 11, tanto las esposas como los esposos coinciden en el aspecto: "seguridad económica"; observándose marcada diferencia en el renglón: "agrado por -- criar niños", teniendo los esposos mayor preferencia por -- esta actividad, aunado con el "sentirse más hombre" por el hecho de tener hijos. Estas opiniones de los hombres hacen pensar que pueden ejercer una fuerte influencia en las esposas, originando dificultades en el momento de la toma de -- decisiones para planear los hijos.

CUADRO Nº 11

Parejas según opinión de aspectos positivos planteados para tener hijos.

Aspectos	Aspectos Positivos		Aspectos Positivos	
	Vistos por Esposas		Vistos por Esposos	
	. (n=17)		(n=17)	
Positivos	Nº	%	Nº	%
Seguridad Económica	7	41	8	47
Le agrada criar niños	4	24	11	65
Le hace sentirse Mujer y/o Hombre	4	24	7	41
Para Agradar al Esposo y/o Esposa.	2	12	3	18
Le gusta y no da otra explicación	2	12	0	-

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA.

2) Significado negativo de tener hijos

En el Cuadro Nº 12 se pone en evidencia que las esposas encuentran mayor número de aspectos negativos para tener hijos, que los esposos predominando el hecho de no poder "trabajar fuera" y "falta de dinero para criarlos". Es de suponer que estos aspectos planteados por mujeres, están ejerciendo una influencia real, que la conducen a la idea de reducir el número de hijos. Tal decisión, podría ser motivo de conflicto conyugal, por diferir ambos en opinión.

CUADRO Nº 12

Parejas según opinión de aspectos negativos planeados para tener hijos.

Aspectos	Aspectos negativos		Aspectos negativos	
	Vistos por Esposas		Vistos por Esposos	
	(n=17)		(n=17)	
Positivos	Nº	%	Nº	%
Le impiden trabajar fuera	7	37,0	0	-
No tiene dinero para criarlos	6	31.5	1	1,00
No le agrada criar niños	3	16.0	0	-
Le impiden relacionarse con su esposo	2	10.5	0	-
No le gustan los niños	1	5.0	0	-
Total	19	100	1	100

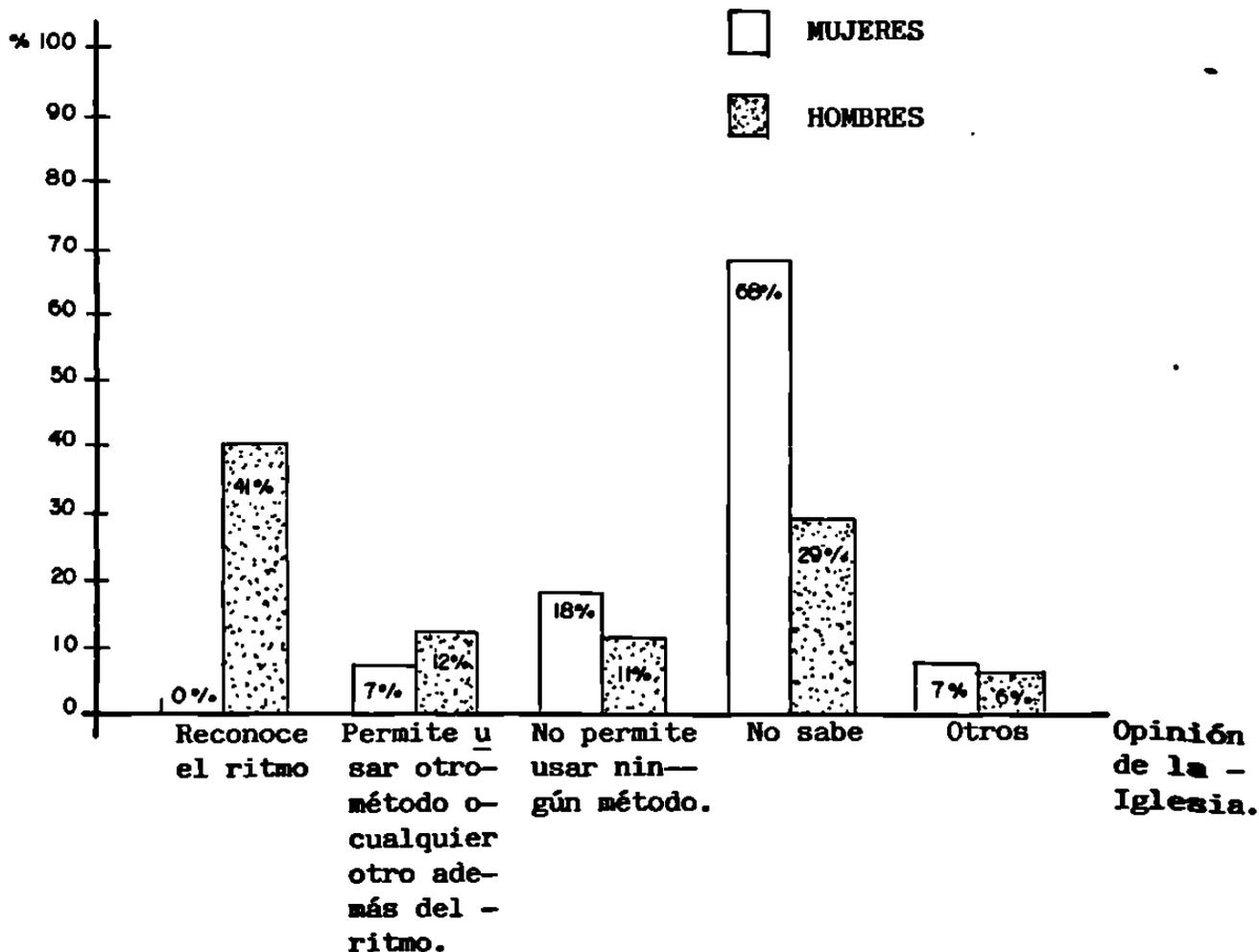
FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

3). Influencia de la iglesia en la toma de decisiones -- para tener hijos.

Aparte de los aspectos positivos y negativos encontrados en las parejas, se planteó que la opinión de la iglesia con respecto al control de la natalidad, podría ejercer cierta -- influencia en la toma de decisiones para planear los hijos. -- Sin embargo, al visualizar los resultados (Gráfica Nº 4) se -- encontró que sólo los esposos en un 41,0% tienen un concepto real de lo que piensa la iglesia del uso de anticonceptivos -- para el control de la natalidad; el resto de los entrevista-- dos no dan respuesta congruente con lo que establece la igle-- sia, o bien desconocen lo estipulado,

GRAFICA No. 4

Mujeres y Hombres según su conocimiento de lo que opina la -  
Iglesia sobre uso de Métodos Anticonceptivos.



FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA.

Los aspectos incluidos en esta etapa nos muestran que de alguna manera, los cónyuges han ordenado y han discriminado la información, con respecto a la Planificación Familiar; tanto esposos como esposas plantearon aspectos positivos -- para tener hijos, resaltando que la mayor cantidad de hombres desea tener hijos porque le agrada criarlos, le dan seguridad económica y le hacen sentirse hombre. Sin embargo no visualizaron aspectos negativos; en cambio las mujeres si lo señalaron entre otros: los que le impiden trabajar fuera; no - -

tienen dinero para mantenerlos ó no les gusta criarlos.

Estos resultados pueden ser comparables al enfoque -- hecho por Becker y Lobeinstein en la teoría microeconómica donde se ha visto que los niños representan bienes y su demanda está determinada como cualquier otro producto, es decir que está en función del ingreso real; los precios relativos y los gustos, donde un cambio en una de estas variables les conducen a un cambio en la cantidad demandada de niños, un ejemplo es que la madre podría estar empleada y no cuidando bebés, ello provocará que el precio pagado por tenerlos "será mayor y por lo tanto tendrá un decremento de estos". Con respecto a gustos, se menciona que el proceso de urbanización y modernización conducen a un cambio de actitud tendiente a la preferencia por la familia pequeña -- para poder satisfacer las necesidades básicas de cada uno de los miembros.

En acuerdo con este planteo, podríamos señalar que la mayoría de mujeres entrevistadas se ubican dentro de los -- lineamientos expuestos en la teoría microeconómica, y uno de los pasos ha sido dado con el inicio en el control de la natalidad.

Por otra parte y en lo que se refiere al conocimiento de lo que opina la iglesia sobre el uso de los métodos anti conceptivos, el 68.0% de las mujeres opinó que no sabe; y si

a esto se le agrega el 18.0% que manifestaron que la iglesia no permite usar ningún método, más el 7.0% que señaló que -- permite usar otro, además del ritmo, entonces el 93.0% de -- las mujeres no sabe realmente la opinión de la iglesia al -- respecto; el 7.0% restante respondió a otros.

En cambio el 41.0% de los hombres reconocen que el ritmo es el único método anticonceptivo que la iglesia acepta, mientras que el resto tienen la misma opinión que las mujeres.

Puede señalarse que si bien estas mujeres y algunos hombres concurren a la iglesia, desconocen las normas de la -- iglesia con respecto al control de la natalidad. Pero no es posible afirmar que la iglesia haya tenido cierta influencia en la muestra de personas del estudio, debido a su tamaño. - Se sugiere trabajar en otra instancia con una muestra mayor que sea representativa de la Colonia de estudio, para visualizar si la iglesia ejerce o nó influencia,

D).- ETAPA DE DETECCION Y ANALISIS DE LAS ALTERNATIVAS.

En esta etapa, se exploró la alternativa de planificar, con sus ventajas y desventajas planteadas por las parejas.

En relación a los resultados de ventajas se aplicó una medida de correlación (R de Pearson  $p=0.05$ ) a efectos de poder ver la intensidad de la relación interna entre ellas mismas; resultando que la mayoría se asociaron con más o menos fuerza. (Según Cuadro N° 13). Destacándose según opinión de mujeres, los siguientes: ajuste de ingresos, atención de necesidades de los hijos, colaborar en ingresos, posibilidades de educar a los niños, entre otros. Los esposos hicieron algunas consideraciones similares, jerarquizando la posibilidad de recreación, dejar de trabajar con niños chicos, construir casa propia, etc.

Se trató de aplicar el coeficiente de correlación para las desventajas, pero no se obtuvieron resultados significativos debido a que la mayoría de la muestra no las consideraron al analizar la alternativa.

Al confrontar a esposas y esposos (Cuadro N° 14) pudo observarse, las ventajas planteadas por ambos, así como las diferencias en opinión, donde las tres primeras ventajas, si bien fueron importantes para las esposas, fueron mayormente considerados por la casi totalidad de los esposos. Además -

Cuadro No. 13

Correlación de Ventajas Reconocidas por Mujeres y Hombres para Planificar la Familia

MUJERES (n = 28).									
	Ajuste Ingresos	Atención Necesidades	Atención Conyuge	Colaborar Ingresos	Menor Riesgo Embarazo Parto	Dejar de Trabajar con niños	Posibilidad Educarlos	Casa Propia	Posibilidad Recreación
Ajuste Ingresos		0.7083 ( 28) P=0.000	0.5489 ( 28) P=0.001	0.5960 ( 28) P=0.000	0.1667 ( 28) P=0.198	0.2154 ( 28) P=0.136	0.4583 ( 28) P=0.007	0.2764 ( 28) P=0.077	0.1005 ( 28) P=0.305
Atención Necesidades	0.4507 ( 17) P=0.035		0.6966 ( 28) P=0.000	0.5960 ( 28) P=0.000	0.0208 ( 28) P=0.458	0.2154 ( 28) P=0.136	0.6042 ( 28) P=0.000	0.2764 ( 28) P=0.077	0.2764 ( 28) P=0.077
Atención Conyuge	0.4507 ( 17) P=0.035	0.4507 ( 17) P=0.035		0.5424 ( 28) P=0.001	0.0422 ( 28) P=0.416	-0.1841 ( 28) P=0.174	0.6333 ( 28) P=0.000	0.4710 ( 28) P=0.000	0.4710 ( 28) P=0.006
Colaborar Ingresos	0.1387 ( 17) P=0.298	0.1387 ( 17) P=0.298	0.3077 ( 17) P=0.115		0.1766 ( 28) P=0.184	0.0784 ( 28) P=0.346	0.4857 ( 28) P=0.004	0.1997 ( 28) P=0.154	0.3860 ( 28) P=0.021
Menor Riesgo Embarazo Parto	0.2092 ( 17) P=0.210	0.2092 ( 17) P=0.210	0.1823 ( 17) P=0.242	0.3812 ( 17) P=0.066		-0.2154 ( 28) P=0.136	-0.1667 ( 28) P=0.198	-0.1005 ( 28) P=0.305	0.2513 ( 28) P=0.099
Dejar de Trabajar con niños	0.1846 ( 17) P=0.239	0.1846 ( 17) P=0.239	0.4097 ( 17) P=0.051	0.1707 ( 17) P=0.256	0.3825 ( 17) P=0.065		0.3499 ( 28) P=0.034	-0.0162 ( 28) P=0.467	-0.0162 ( 28) P=0.467
Posibilidad Educarlos	0.2652 ( 17) P=0.152	0.2652 ( 17) P=0.152	0.5883 ( 17) P=0.006	0.2451 ( 17) P=0.171	0.3099 ( 17) P=0.113	0.6963 ( 17) P=0.001		0.2513 ( 28) P=0.099	0.6030 ( 28) P=0.000
Casa Propia	0.3873 ( 17) P=0.062	0.3873 ( 17) P=0.062	0.2506 ( 17) P=0.166	0.3581 ( 17) P=0.079	0.2777 ( 17) P=0.140	0.4767 ( 17) P=0.027	0.4260 ( 17) P=0.044		0.1515 ( 28) P=0.221
Posibilidad Recreación	0.6847 ( 17) P=0.001	0.6847 ( 17) P=0.001	0.2279 ( 17) P=0.190	-0.2279 ( 17) P=0.190	-0.0655 ( 17) P=0.401	0.2697 ( 17) P=0.148	0.3873 ( 17) P=0.062	0.1650 ( 17) P=0.263	
HOMBRES (n = 17).									

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

VALORES NUMERICOS :

Ejm.



de estas 3 el hombre consideró el de construir su casa propia.

CUADRO Nº 14

Ventajas para planificar la familia reconocidas por las parejas (n=17).

Esposa-Esposo. Ventajas Para Planificar	Esposas (n=17)		Esposos (n=17)	
	Sí		Sí	
	Nº	%	Nº	%
Ajuste de Ingresos	11	18.0	16	21.0
Atender Necesidades de los Hijos	11	18.0	16	21.0
Disponer de tiempo para atender esposo	9	14.0	13	18.0
Posibilidad de colaborar en ingresos al hogar	7	11.0	5	7.0
Menor riesgo en embarazos y partos	8	13.0	7	9.0
Dejar de Batallar con niños chicos	3	5.0	6	8.0
Construir casa Propia	6	10.0	12	16.0
Posibilidad de educarlos	7	11.0	-	-
Total	62		75	100

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

A través del análisis de resultados de esta etapa, se visualizó que las parejas valoraron la alternativa de planificar el número de hijos en base a ventajas y prácticamente no plantearon desventajas. Según Paolucci (1976) la selección de una alternativa implica realizar un juicio valorativo de la misma, en base al planteo de ventajas y desventajas, de no ser así, se corre el riesgo de que la decisión que se tome, luego de ser implementada, no ofrezca las garantías necesarias para satisfacer sus necesidades

1) Paolucci B. Op. Cit. Pag.

Considerando la teoría de Paolucci se puede concluir - que las parejas tomaron una "decisión" no apropiada con respecto a la planificación familiar, sin embargo esta afirmación no puede ser tomada como tal, debido a que: la muestra fue pequeña; o quizás los items no fueron los apropiados o el lenguaje usado por el entrevistador no estuvo congruente con el código que maneja la pareja; quizás el entrevistador no observó apropiadamente aquellas conductas que manifestaron desventajas o no interpretó correctamente lo declarado por la pareja al respecto, etc.

Por lo tanto es muy importante que se estudie más profundamente este punto en la búsqueda de la ocurrencia de -- desventajas para poder determinar si la decisión de planificar o no la familia es ó no apropiada; ya que se considera que cuando la decisión es apropiada, la tendencia es a permanecer en el programa.

#### E).- ELECCION DE LA ALTERNATIYA

Se consideró de interés en esta etapa, investigar como fue tomada la decisión de planificar o no la familia por la ocurrencia de diálogo en la pareja, ya que ésta instancia - es considerada decisiva en el resultado posterior de la toma de decisiones.

Al examinar el Cuadro (n=15), se corrobora un predominio de opiniones en las que ocurrió diálogo y la toma de -- decisiones de planificar los hijos fue de ambos; esposas --

65.0% (n=17), esposos 82.0% (n=17). Mayor número de hombres manifestaron que hubo acuerdo. Por otro lado se registraron casos en que a pesar de haber dialogado, la decisión fue tomada por uno de los cónyuges; mientras que el 23.0%, (4) de las mujeres tomaron la decisión por su cuenta, y un 6.0% de los hombres (1) a pesar de haber dialogado decidió no planificar.

CUADRO Nº 15

Quién toma la decisión de Planificar o no la familia por la ocurrencia de diálogo - entre la pareja sobre el tema.

Diálogo Decisión	Reportado por		Reportado por	
	La Esposa (n=17)		El Esposo (n=17)	
	Nº	%	Nº	%
<u>Planificar</u>				
Esposa	4	23	2	12,0
Esposo	2	12	1	6
Ambos	11	65	13	76,6
<u>No Planificar</u>				
Esposa	0	-	0	-
Esposo	0	-	1	6
Ambos	0	-	0	-
Total	17	100	17	100

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

En esta etapa, se observó que: esposa y esposo ocuparon el primer lugar en la toma de decisiones para planear los hijos, en segundo lugar la esposa sola y en tercer lugar estuvo la decisión masculina. Al parecer la ocurrencia de diálogo ha favorecido la continuidad de las parejas en el con--

trol natal, debido a que en el momento de la encuesta un porcentaje mayoritario de la muestra estaban usando algún método de control natal, incluidas las esposas que tomaron la decisión por su cuenta.

Es necesario puntualizar que si bien es cierto que el 82.0% de las parejas están conscientes de que la decisión -- fue tomada por ambos y están planificando, no es posible determinar que la decisión inicial haya sido tomada por ambos, ya que existe diferencias entre las respuestas que dan los esposos con las que dan las esposas,

#### F).- ETAPA DE TERMINACION

Aquí se considera que la pareja que tomó la decisión se inscribe al Programa de Planificación Familiar, por lo tanto en esta etapa se debe valorar los motivos para permanecer o abandonar dicho programa.

Para evaluar esta etapa se estudiaron a 14 de (n=28) -- mujeres que, según la Casa de Salud, habían abandonado el programa, las cuales fueron consideradas "pasivas". En ellas se exploró los motivos de su no asistencia (Cuadro N°16),

El resultado nos demuestra que el 43,0% no ha abandonado el Programa de Planificación Familiar de la Casa de Salud, pues "dicen acudir a las citas" y del resto solamente una de ellas abandonó el Programa definitivamente "porque no le cayó bien el método". Las otras, continúan planificando en otra -- institución, por su cuenta, o usando el dispositivo intraute-

rino indicado por la Casa de Salud.

En términos generales el 93.0% de las mujeres continúan en planificación familiar, de acuerdo a ello estas usuarias se constituyen en "pasivas" desde el punto de vista administrativo para la Casa de Salud.

CUADRO Nº 16

Mujeres según motivos para dejar de asistir al Programa de Planificación Familiar de la Casa de Salud, (n=15)

Motivos	Nº	%
"Dicen acudir a las citas de la Casa de Salud	6	43
Planificar por su cuenta	4	29
Planifican en otra Institución	2	14
"Cree no debe - controlarse usa D.I.U".	1	7
No le cayó bien el método No Planifica	1	7
Total	14	100

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA.

Vázquez L.E., en su estudio observó que las mujeres que dejaron de asistir al Programa de Planificación Familiar o - su defecto lo abandonaron, argumentaron algún tipo de perjuicio del método en su organismo. En este estudio sólo una de las encuestadas manifestó que no le "cayó bien el método", - por lo cual dejó de asistir. El motivo expuesto hace pensar que la información recibida, fue insuficiente o no clara; o el interés en planificar no era tal. Fue posible observar -

además que parte de este grupo de usuarias "pasivas" estaban utilizando un método anticonceptivo diferente al indicado -- por la Casa de Salud. Es factible suponer que estas usuarias también hayan tenido problemas con el método, por lo -- cual dejaron de asistir a las citas prefiriendo cambiar de -- método y hacerlo por su cuenta o en otra institución.

Como ya se mencionó, estas usuarias eran pasivas administrativamente hablando, la diferencia en los hallazgos -- iban encaminadas hacia activas y pasivas y en realidad no -- había pasivas, si bien es cierto es una función administrativa, la esencia del roll de la enfermera comunitaria es conocer su comunidad independientemente de donde se esté controlando tal o cual familia, pero sabe y conoce que la familia está llevando un programa o varios programas de Salud, que -- requieren por sus características y por su deseo expreso.

Se debe enfatizar una vez más que es la enfermera comunitaria a quien le corresponde la toma de decisiones sobre -- la orientación, cantidad y oportunidad de las acciones de -- Atención Primaria, con la suficiente habilidad que ayude a -- conducir a la comunidad en la determinación de participar en su salud individual y colectiva ésto debe estar dado en un -- marco de consideraciones, de que la atención de la enfermera comunitaria deberá ser continuada, oportuna, accesible, integral y participativa.

De acuerdo a Oren. D<sup>1</sup>., sería dificultoso y probablemente un fracaso si la enfermera comunitaria intenta imple-mentar un cambio que considera es necesario, sin conside--rar cómo, el paciente y/o la familia satisfacen las neceside-dades de autocuidado en su vida cotidiana. Omitir considerar el ambiente y los estilos de vida de los pacientes y -sus familias obstaculizarían el desarrollo de un nuevo ré-gimen de cuidados.

---

1. Oren D., The Nursing Theories Conference Group.  
Traducido por Lic. Aviles de R.E. División  
Estudios de Post-Grado, Facultad de Enfer-  
mería, U.A.N.L.

## XI.- C O N C L U S I O N E S

- 1.- El recuerdo de los antecedentes tanto de la familia de origen de la pareja, como los de la pareja misma motiva para que los cónyuges inicien el proceso de toma de decisión para planear los hijos. Este es más marcado en la mujer que en el hombre.
- 2.- El acopio de información con respecto a la Planificación Familiar no se realiza por pareja, sino en forma individual e incompleta, predominando mayor información al -- respecto en el hombre.
- 3.- Aun y cuando la mujer tiene menos información sobre aspectos relacionados a Planificación Familiar, ordena y discrimina esta información más que su pareja.
- 4.- La pareja detectó la alternativa de planificar la familia sin embargo, no fue posible identificar, si analizó o no ésta alternativa.
- 5.- Al Programa de Planificación Familiar de la Casa de Salud Lázaro Cárdenas acuden solamente mujeres, y aunque algunas de ellas se consideraron pasivas al programa, se identificó que solamente una, de 14 consideradas como tales, había abandonado el programa por completo.
- 6.- La decisión de Planificar la familia es tomada en la mayoría de las parejas, en primera instancia por la mujer, - con la anuencia o consentimiento posterior del marido.

- 7.- Con base en los resultados se ha visto que el Programa de Planificación Familiar no está cumpliendo su cometido como tal, sino que fundamentalmente la orientación es hacia el control de la natalidad.
- 8.- Se considera que uno de los principales problemas a los que se enfrentan los usuarios al implementar la decisión de planificar la familia, es a la falta de información al respecto.
- 9.- Se presume que el "abandono" de algunas de las usuarias del Programa de Planificación Familiar de la Casa de Salud, se debió a disconformidad con el Servicio, por motivos que en esta instancia no fué posible indagar con precisión.
- 10.- Del grupo de usuarias que "dijeron asistir", no se encontró registro que justificara su asistencia; por lo que el origen de la deserción parece haber estado en el servicio. La situación conduce a pensar que se deberán estudiar los factores presentes en el servicio, que precipitacion la deserción de los usuarios.

## XII.- DISCUSION Y LIMITACIONES

Según Paolucci B. La toma de decisiones, consiste en la elección de una o más alternativas en un curso de acción; dicha alternativa debe ser analizada en función de ventajas y desventajas. El estudio mostró que tanto las esposas, -- como los esposos plantearon ventajas para planificar la familia, sin embargo no señalaron desventajas para esta alternativa. Quizás el resultado se debe a efectos de orden -- metodológico, pero cabe puntualizar que entre las ventajas señaladas por ambos se destaca: que al hombre le beneficia planificar la familia porque le permite ajustar ingresos; atender necesidades de los hijos, ser mejor atendido por la esposa y construir casa propia. Mientras que a la mujer, le beneficia planificar la familia porque, tendrá menos riesgo en embarazos y partos, además de los ya señalados por los -- esposos, excepto el de construir casa propia que fue mayormente señalado por los esposos.

Según el Programa de Planificación Familiar se ha establecido que la decisión de planear el número de hijos es -- inherente a la pareja. La observación exclusiva del resultado sin establecer relación con los demás datos del estudio, nos muestra que el 65.0% de las esposas (n=17) y el -- 82.0% de los esposos (n=17) manifestaron que la decisión de

planear los hijos fué tomada por ambos. Sin embargo un -- exámen minucioso, de los resultados de la etapa de inicio, acopio de información, discriminación y orden de la misma, así como el planteo de la alternativa, nos indican que la mujer en primera instancia es quien tome la decisión de -- planear los hijos apoyada posteriormente por su esposo.

Al tomar la enfermera comunitaria, la responsabilidad de la ejecución del Programa de Planificación Familiar, de la Casa de Salud Lázaro Cárdenas, se parte del supuesto de que lo implementa en base a las necesidades individuales - de la pareja, tomando en consideración sus conocimientos - al respecto. El estudio mostró que se implementó en base a las necesidades del Servicio, debido a que se orienta a la usuaria y no a su pareja, se le habla sobre aspectos -- tales como sexualidad, métodos anticonceptivos, efectos -- etc, pero sin previa historia, que nos indique, que se realiza en base a necesidades de la pareja, además se destaca nuevamente que la usuaria acude sólo, desconociéndose a su esposo y más importante aún, su opinión personal, respecto al tema de Planificación Familiar.

La información sobre planificación familiar llega a - los usuarios a través de los medios masivos de comunicación y a través de los Servicios de Salud, con la ayuda de material impreso, que se distribuye a los usuarios y futuros -- usuarios de estos programas.

En este estudio se visualizó que la información impresa no es accesible para muchos de los usuarios, por la dificultad que presentaron para entender términos. Se cuestiona si se tiene en cuenta para su diseño, al público al cual va dirigido; o si el servicio de Salud deberá traducir al usuario el mensaje y su significado. Evoluciones sucesivas de estos materiales aportarían las sugerencias y los fundamentos para incrementar las investigaciones en la comunidad a la cual se atiende; no estarían demostrando que se debe trabajar y educar para la Salud en base a las necesidades de la familia y de la comunidad.

Según Polit D. Un modelo es una imagen construida de algún aspecto del medio y puede utilizarse como una representación simplificada de una teoría o un Sistema Conceptual.

El modelo utilizado para estudiar la toma de decisiones que hace la pareja, para ingresar al Programa de Planificación Familiar fue construido, tomando en cuenta los conceptos de Paolucci B. (1976), sobre toma de decisiones en la familia y cada una de las etapas que ella recomienda para el modelo, fueron complementadas con conceptos de otros autores que han investigado aspectos relacionados con Planificación Familiar, y además situaciones reales obtenidas de historias de vida, previo a la elaboración del modelo.

Lo anterior permitió, hacer una adaptación del modelo de Paolucci que tuviese como único fin valorar las etapas que

---

1. Polit D./Hungler. Investigación Científica en Ciencias de la Salud 2da, Edición Ed, Interamericana 1985, Pag. 52.

sigue la pareja al tomar la decisión de ingresar al Programa de Planificación Familiar.

Tomando como base este modelo se elaboró, el instrumento para recabar la información requerida para el estudio, - encontrándose que algunos de los datos obtenidos no fueron utilizados en el análisis, mientras que otros al contrastar los con el contenido teórico del modelo, éste, carecía de - teoría suficiente que permitiese analizarlos; por lo cual - se considera que si se desea implementar nuevamente el modelo, habrá que enriquecerlo con más teoría, pues mientras -- que en algunas de las etapas se consideró cuantitativamente suficiente, en otros careció de un marco teórico que la sustentase.

## Limitaciones

Se planteó inicialmente trabajar con el universo de -- usuarios del Programa de Planificación Familiar. La determinación de excluir para el estudio a usuarias embarazadas y con método anticonceptivo quirúrgico, significó una reducción de la población a la mitad, que aunado a la dificultad para encontrar los domicilios y a las parejas respectivas, la muestra se redujo a 28 mujeres y 17 cónyuges. Dada esta situación es posible generalizar los resultados unicamente para la población usuaria del Programa de Planificación Familiar.

Para el estudio de los factores económicos, sociales, psicológicos, culturales, morales y médicos o fisiológicos que influyen en la toma de decisiones, no fué posible especificar claramente la influencia de cada uno de ellos, sino que las observaciones fueron muy grandes.

Se reconoce que la medición es difícil; pero que están presentes e influyen en la conducta natal de la pareja. Dada su complejidad se sugiere que, para futuras investigaciones, se utilice un instrumento más específico, y su medición se efectúe en una muestra mayor.

Para este tipo de estudios, en que se utiliza encuesta en su modalidad de entrevista, se requiere de un entrenamiento profundo y desarrollo de habilidad en la comunicación, -- observación y objetividad, con la finalidad de disminuir los

contaminantes.

La observación anterior fue contemplada previo al levantamiento definitivo de la información; pero no fue posible poner en prácticas todos estos aspectos por la dificultad para reunir a los encuestadores. Lo deseable es que la prueba del instrumento la realicen las mismas personas que participarán en el levantamiento definitivo de la información. Este limitante ha afectado parcialmente los resultados; por lo que deben ser tomados con reservas.

Los resultados que ofrecieron cierta dificultad para su análisis fueron: aspectos positivos y negativos para tener hijos; desventajas para planificar la familia, historia de embarazos fundamentalmente. Es pertinente aclarar que la dificultad se generó en el diseño de las preguntas. Para corregir estos efectos de metodología, se requiere pruebas sucesivas del instrumento.

### XIII.-R E C O M E N D A C I O N E S

En base a la experiencia obtenida, tanto en la realización del trabajo como al visitar a las familias de la comunidad, se constató que es necesario hacer énfasis en la observación y comunicación con las familias a fin de visualizar aquellos aspectos que dificultan la toma de decisiones en general y en particular para el cuidado de la Salud.

Dar especial atención por parte de la enfermera Comunitaria a la participación de la pareja como tal en el programa de Planificación Familiar.

Deberá considerarse e incluirse dentro del expediente familiar de la pareja usuaria de planificación familiar: -- Genograma de la Familia; redes de comunicación interna y externa, valoración de la Dinámica Familiar y Hoja Frontal de Familia; así como también referencias de quien en la familia toma la decisión de atención a la Salud y en particular la de planear los hijos. De esta manera se facilitará el seguimiento a los mismos, y servirá de guía para futuras investigaciones.

Profundizar en el pre-grado y post-grado en enfermería Comunitaria, en los fundamentos y políticas de los Programas de Salud; así como en el área de Ciencias Sociales, específicamente: Antropología, Sociología, Psicología y Salud

Mental.

Con el aporte de las ciencias antes mencionadas, podría utilizarse con mayor facilidad en futuros estudios, la técnica de entrevista profunda, con la finalidad de obtener información verás de las vivencias de los usuarios y sus respectivas familias. Constituiría la técnica ideal para conocer a la comunidad, y la metodología a seguir para lograr su participación en programas de Salud.

Centrar más la atención en las parejas, reconociendo -- que son capaces de tomar decisiones y que poseen el potencial para hacerlo, unicamente necesitan guía profesional, reconocimiento e información. De esta manera puede lograrse la -- integración consciente al programa.

En próximos estudios será necesario tomar en cuenta a usuarias con método de control natal definitivo, por la razón de que, en los períodos inmediatos a la cirugía se presentan complicaciones como Salpingitis y a largo plazo Congestión Pélvica, Sentimiento de pérdida; abscesos pélvicos etc; por lo que se deben de seguir valorando clínicamente -- uno o dos años posteriores a la salpingoclasia. Además se -- considera prioritario conocer el Proceso de Toma de Decisiones para Planificar la Familia, usando un método definitivo de Control Natal, y el comportamiento de la pareja.

Incrementar las visitas domiciliarias, a las parejas --

usuarias del Programa con el objetivo de realizar: Valoración Clínicas, Valoración de la Dinámica de la pareja y adaptación del método anticonceptivo; así se evitaran las pérdidas de pa cientes, abandonos, direcciones falsas etc.

Validar el modelo utilizado de toma de decisiones de la pareja para planear los hijos en población abierta, o los - - efectos de que los resultados permitan evaluar el impacto del Programa de Planificación Familiar y el de otros programas de Salud.

#### XIV.- B I B L I O G R A F I A

- 1.- COVARRUBIAS A.C., R. GONZALEZ DE O. La Comunicación y el Cambio Cognocitivo, Actitudinal y Conductual en la Planificación Familiar, en la revolución demográfica Martínez Manautou J, editor, I.M.S.S., 1982.
- 2.- ESPINOSA, Silvia de B, Elsa Grassi. Diagnóstico de Salud de la Colonia Lázaro Cárdenas, Cadereyta Jiménez, N.L. Facultad de Enfermería, División de Estudios de Post-Grado, U.A.N.L. 1984.
- 3.- FLORES ARECHIGA, Amador. Salud de la Población de Guadalupe, N.L. Análisis de los Resultados de una Encuesta. Publicación de Programa de Salud Guadalupe. Facultad de Enfermería Estudios de Post-Grado. 1976.
- 4.- FLORES ARECHIGA, Amador. Salud de la Población del Municipio de Cadereyta Jiménez, N.L. - Análisis de los Resultados de una Encuesta, Facultad de Enfermería-Estu-

- dios de Post-Grado, U.A.N.L, 1978,
- 5.- GARCIA, Rogelio, Rosa Ita e Irma Pinales, Estudios Psicossociales en la Reproducción Humana. Editado por Facultad de Medicina. -- Unidad de Biología de la Reproducción. Hospital Universitario, U.A.N.L. 1981.
- 6.- HILL, Ruben. Estudios de Planificación Familiar. Tomado de: Asociación Colombiana de Facultad de Medicina, División Estudios de Población, Volumen III. 1969.
- 7.- HOFFERTH Sandra L. Childbearing Decision Making and Family well Being a Dinamic, Sequential Model. American Sociological Review - Vol. 48, 1983.
- 8.- KERLINGER Fred N. Investigación del Comportamiento: Técnicas y Metodología. Ed. Interamericana. México, D.F. 1983.
- 9.- LEAHYK, M. Cobb y M. Jones. Enfermería para la Salud de la Comunidad. La Prensa Médica Mexicana. 1<sup>ra</sup> Edición en Español 1980.
- 10.- LINN, M, W. Carmichael, L. Klilenick y otros. Fertility Related Attitudes of Minority Mothers with Large and Small Families. Hispanic

Health and Mental Health Bibliographic  
Data Base. University of California.  
Los Angeles California, 1985.

- 11.- LUNA, Angelita, de C. María T. Escobedo de H, y Silvia Espinosa de B. Manual de Enfermería Comunitaria. Dpto. de Salud Pública, Facultad de Enfermería U.A.N.L. 1984.
- 12.- MAHLER Halfdan. La Planificación Familiar al Servicio del Desarrollo Humano. Conferencia de Prensa Crónica de la O.M.S. Vol. 38, Nº 6, México, D.F. 1984.
- 13.- OREN, Dorothea. The Nursing Theories. Conference Group. Traducido por: Lic, Estela Avilés de Romero. Facultad de Enfermería. División Estudios de Post-Grado. U.A.N.L. 1984.
- 14.- PAOLUCCI, Beatrice, A. Hallolive y Nancy Axinn. Family Decision Making: An Ecosystem Approach. John Wiley y Sons. 1977.
- 15.- PIACT. A.C. de México, Citado por I.T.E.M.S. Casos, Problemas y Material de Apoyo. División de Ciencias y Humanidades. Monterrey, N.L. 1983.
- 16.- POHLMAN, Edward. Psicología de la Planificación Familiar. Editorial Pax-México 1984.

- 17.- POLIT, Denise, Bernadette P. Hungler, Investigación Científica en Ciencias de la Salud. -  
2<sup>da</sup> Ed. Interamericana, 1985.
- 18.- ROJAS SORIANO, Raúl. Guía para Realizar Investigaciones Sociales. U.N.A.M. Sep<sup>ma</sup>. Ed. 1982.
- 19.- SATIR Virginia. Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. Editorial Pax-México, Sexta Reimpresión, 1984.
- 20.- SHEDLIN M.G., P.E. Hollerbach. Modern and Traditional Fertility Regulation in a Mexican Community: Factores the Process of Decision Making. Center for Population and Family Health.  
Columbia University, New York, Population Council, 1978.
- 21.- TAMAYO y TAMAYO, Mario. Metodología Formal de la Investigación Científica. Editorial Limusa, México; 1980.
- 22.- URBINA F.M. C.R. Vernon. La Investigación Psicosocial y de Planificación Familiar en México.  
Salud Pública de México Vol, 27, 1985.
- 23.- VAZQUEZ, Luz E. Estudio Socioeconómico de Planificación Familiar para el área metropolitana de Monterrey. Centro de Investigaciones -

Económicas .

Facultad de Economía, U.A.N.L.

1<sup>ra</sup> Edición, 1979.

- 24.- WALTON SPRADLEY, Bárbara. Community Health Nursing:  
Concepts and Practice. Little, Brown  
and Company, Boston, 1981.