



119
297

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**EFFECTOS PSICOSOCIALES DEL METODO
ANTICONCEPTIVO OCLUSION TUBARIA EN UNA
MUESTRA DE MUJERES DERECHOHABIENTES DEL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A N :

**AURORA MONTAÑO GONZALEZ
GUADALUPE VALENCIA ORTEGA**

**ASESORA DE TESIS:
MAESTRA AIDA MARIA RODRIGUEZ VELIZ**

MEXICO, D. F.

1989

FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**"EFECTOS PSICOSOCIALES DEL METODO ANTICONCEPTIVO
 OCLUSION TUBARIA EN UNA MUESTRA DE MUJERES
 DERECHOHABIENTES DEL
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL"**

I N D I C E :	PAGINA
INTRODUCCION	1
Capítulo 1. Aspectos Generales sobre Demografía	2
1.1. Definición y Precisión Conceptual	5
1.2. Diferentes aproximaciones en relación al crecimiento demográfico	8
1.3. Situación demográfica en el mundo	15
1.4. Situación demográfica en América Latina	15
1.5. Situación demográfica en México	16
1.6. Efectos del crecimiento demográfico	20
Capítulo 2. El Programa Nacional de Planificación Familiar	27
2.1. Bases Jurídico-Políticas	27
2.2. Antecedentes	31
2.3. Situación actual	41
2.4. El Programa de Planificación Familiar en el I.M.S.S.	48
2.5. Aspectos Generales	48
2.6. Métodos de Planificación Familiar	60
2.7. Logros	65
Capítulo 3. Diferentes Procesos Psicosociales que se relacionan con la práctica de la oclusión tubaria.	69
3.1. Aspectos psicosociales de la anticoncepción	69
3.2. Análisis de cuatro de las investigaciones realizadas en México al respecto	85
Capítulo 4. Metodología	89
4.1. Planteamiento del problema	89
4.2. Hipótesis	89
4.3. Variables	90
4.3.1. Definición conceptual y operacional de las variables dependientes	91
4.3.2. Definición conceptual y operacional de la variable independiente	93
4.3.3. Sujetos	95
4.3.4. Instrumentos	95
4.3.5. Procedimiento	96
4.3.6. Diseño de Investigación	97

Capítulo 5. Resultados	99
5.1. Descripción de los datos	99
5.2. Interpretación de resultados	105
5.3. Conclusiones	108
5.4. Alcances y limitaciones del estudio	109

Bibliografía	111-116
--------------	---------

Anexos:	117
No. 1 Entrevista-Registro diario	118
No. 2 Crónica de Grupo	119
No. 3 Informe de actividades de promoción por agente	120
No. 4 Informe mensual de actividades de promoción	121
No. 5 Control e informe de consulta externa (Forma 4-40-6)	122
No. 6 Cuestionarios de los grupos 1 y 2	123
No. 7 Códigos para los grupos 1 y 2	149
No. 8 Cuadros y tablas estadísticas	186

INTRODUCCION

Considerando el notable incremento demográfico en las últimas décadas, aunado a la carencia de recursos y servicios para atender las necesidades de la población, en México se aprobó en el año de 1977 el Programa Nacional de Planificación Familiar fundamentado en las bases jurídico-políticas que se sustentan en el artículo IV de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en la Ley General de Población promulgada en 1974.

La planificación familiar como programa de acción social no solo incluye la variable demográfica sino que abarca ámbitos económicos, sociales, políticos, psicológicos y culturales. La planificación familiar se traduce en dos conceptos: como programa o acción de -- una política social de salud que forma parte de la política más -- amplia de población. Otro nivel es el de la pareja en particular en donde se hace referencia a la capacidad y posibilidad de tener control sobre el número y espaciamento de sus hijos mediante el -- uso de determinados mecanismos como los métodos de la contracep-- ción entre los que se encuentra la oclusión tubaria como uno de -- los métodos definitivos de planificación familiar que se utiliza -- con frecuencia, principalmente por mujeres que tienen varios hijos y que manifiestan una situación económica precaria.

La oclusión tubaria o salpingoclasia, consiste en una intervención quirúrgica mediante la que se seccionan y cierran los extremos del corte en las trompas de Falopio para evitar que ejerzan su función de recoger del ovario al óvulo y para impedir la unión del óvulo y el espermatozoide.

Aun cuando la oclusión tubaria es uno de los métodos anticonceptivos frecuentemente utilizados, hay pocos estudios en nuestro medio acerca de sus efectos psicosociales, por ello, se decidió la realización del presente trabajo de investigación como un intento para conocer esos efectos.

Entre las variables que se eligieron como objeto de estudio se encuentran: supresión de efectos colaterales por el uso de métodos anticonceptivos temporales, el evitar embarazos no deseados, la satisfacción en las relaciones de la pareja y el nivel de autoestima de las mujeres esterilizadas.

Por ser el fenómeno anticonceptivo un fenómeno social, requiere de un estudio orientado en mayor medida hacia la investigación psicosocial, por eso la importancia del trabajo realizado al respecto radica en considerar que por tener la oclusión tubaria un carácter irreversible se requiere en el Programa de Planificación Familiar de mecanismos efectivos para hacer una selección más adecuada de las mujeres que deseen controlar su fertilidad por este medio, a fin de evitar o disminuir en lo posible la manifestación de efectos desfavorables como: el deseo de tener otro hijo después de que han sido esterilizadas, la frustración por no poder embarazarse o el expresar insatisfacción por la decisión tomada, todo ello como consecuencia de haber realizado esta intervención a mujeres cuyas circunstancias familiares, conyugales, sociales y económicas no eran propicias en ese momento o se modificaron.

Lo anterior nos permite evidenciar la importancia que reviste en el campo de la planificación familiar este tipo de investigaciones para ampliar el conocimiento en ese aspecto y poder orientar más acertadamente las acciones del Programa de Planificación Familiar en beneficio de la población a quien está destinado.

En el contenido del presente material se describe en el primer capítulo los aspectos generales y efectos del crecimiento demográfico.

El Programa Nacional de Planificación Familiar, sus bases jurídico políticas, su desarrollo en el Instituto Mexicano del Seguro Social y su situación actual son tratados en el segundo capítulo.

En la tercera parte se incluye un análisis sobre los procesos psico sociales relacionados con la anticoncepción y los resultados de algunos estudios realizados al respecto.

Posteriormente se presenta la metodología utilizada para la investi gación y en el quinto capítulo se analizan y discuten los resulta- dos contrastados con los planteamientos teóricos, se incluyen las conclusiones, alcances y limitaciones del trabajo realizado.

Se integra además la bibliografía consultada y los anexos en donde se presentan los instrumentos empleados para la recolección de da- tos y los cuadros descriptivos y tablas estadísticas correspondien- tes.

CAPITULO 1. ASPECTOS GENERALES SOBRE DEMOGRAFIA**CONTENIDO:**

- 1.1. Definición y Precisión Conceptual.
- 1.2. Diferentes aproximaciones en relación al crecimiento demográfico.
- 1.3. Situación Demográfica en el Mundo.
- 1.4. Situación Demográfica en América Latina.
- 1.5. Situación Demográfica en México.
- 1.6. Efectos del Crecimiento Demográfico.

CAPITULO I. ASPECTOS GENERALES SOBRE DEMOGRAFIA

1.1. Definición y Precisión Conceptual

La demografía es la disciplina que estudia "el aspecto cuantitativo de la población, es decir, se ocupa de su número y de su comportamiento en el tiempo". (Diccionario Larousse, 1983)

Achille Guillard (1955), denominó demografía al conjunto de conocimientos relativos a la población humana, para Frank Lorioner (1955), la consideración de la demografía como una disciplina resulta más adecuada que la de ciencia, utilizando además el nombre de "estudios de la población" para abordar el análisis de los problemas demográficos.

La demografía es reconocida como ciencia, como está consignado en el Diccionario Demográfico Plurilingüe editado por Naciones Unidas en donde se describe a la demografía como: "la ciencia que tiene por objeto el estudio del volumen, estructura y desarrollo de las poblaciones humanas, desde un punto de vista cuantitativo".

En el ámbito de la demografía existen denominaciones espaciales de acuerdo al objeto de estudio que se aborde y así por ejemplo, la demografía descriptiva se ocupa del volumen, distribución geográfica, estructura y desarrollo de las poblaciones humanas, -- apoyándose para ello en estadísticas demográficas.

La demografía pura o demografía teórica, considera las poblaciones desde un punto de vista general y abstracto, analizando las relaciones formales entre los distintos fenómenos demográficos.

El análisis demográfico por su parte se ocupa de los fenómenos demográficos observados en poblaciones concretas. Asimismo la demografía comprende el estudio de las relaciones entre los fenómenos de la población y los fenómenos económicos, sociales, geográficos.

cos, históricos, biomédicos, ecológicos, etc. lo que constituye el quehacer interdisciplinario denominado estudios de la población.

En el estudio de la población humana se formulan generalmente consideraciones referentes a su crecimiento, estudiando las situaciones que determinan la lentitud o rapidez de éste.

A diferencia de las especies animales cuyo crecimiento se rige por relaciones de supervivencia que se establecen entre ellas y el medio natural, en que se desarrollan, las situaciones que determinan la velocidad del crecimiento de las poblaciones humanas tienen su origen en las formas de organización social, actividad económica y en los aspectos culturales.

Así, comparando el volumen de población de un área determinada en dos momentos consecutivos, se obtiene en números absolutos - el cambio que experimenta dicha población; la explicación primaria del cambio se establece a partir de los llamados "procesos demográficos", es decir, mortalidad, fecundidad y migración.

La historia de la población así como su crecimiento y cambios demográficos, están directamente relacionados con el proceso evolutivo del hombre; las primeras civilizaciones que incorporaron la agricultura lograron así poblaciones más numerosas.

La dinámica demográfica ha estado determinada por factores como: el desarrollo de la capacidad productiva de las sociedades, - por las relaciones de producción que establecen los hombres entre sí; dando lugar a la organización y estratificación social, la distribución de alimentos y riqueza, las costumbres culturales prevalentes, las guerras, etc.

Durante el siglo XVIII la población aumentó aproximadamente - de 5 a 9 millones de personas, esto es, se incrementó alrededor de un 80%, en tanto que el siglo anterior el incremento sólo fue del 25%.

De 1700 a 1800 se dió un crecimiento acelerado, distinguiéndose se tres regímenes sucesivos que decidieron el movimiento general de la población durante el siglo XVIII:

- a) De 1700 a 1720 etapa de crisis, se incrementó la mortalidad y descendió la natalidad.
- b) De 1720 a 1740, continúa la fase crítica, presentándose una fuerte elevación de la natalidad y mortalidad.
- c) De 1740 a 1800, período caracterizado por un aumento importante de la natalidad y reducción de la mortalidad. La caída de la tasa de mortalidad se conoce como la primera fase de transición demográfica y entre los elementos que influyeron en este fenómeno se encuentran los siguientes:
 - a) Se incrementó la producción de la tierra al producir un número menor de trabajadores, igual o mayor cantidad de productos en el mismo período de tiempo gracias al perfeccionamiento de algunas técnicas y procedimientos - agrícolas.
 - b) Se presentaron mejoras en la higiene colectiva y personal y en la cantidad y calidad de los alimentos que podían obtenerse.
 - c) Se inició el mejoramiento del medio ambiente que influyó ostensiblemente en la salud.
 - d) Disminución de la mortalidad debido a los avances médicos y tecnológicos.

1.2. Diferentes Aproximaciones en Relación al Crecimiento Demográfico.

Se entiende por explosión el aumento súbito de una fuerza. El término de explosión demográfica se utiliza para denotar el aumento desproporcionado de la población.

En cuanto al debate sobre la llamada "explosión demográfica", existen diferentes aproximaciones que serán tratadas a continuación.

Aproximación Pesimista.

Pertenciente a este enfoque encontramos la Teoría de Roberto Malthus, pastor protestante que en 1798 publicó un ensayo sobre -- los Principios de la Población, se presenta en las páginas siguientes un resumen sobre las ideas fundamentales de ese documento:

Si pudieran desarrollarse libremente los gérmenes de existencia que contiene esta tierra, llenarían millones de mundos en el -- transcurso de unos cuantos miles de años. La necesidad, esa ley -- imperiosa que todo lo abarca, los mantiene restringidos dentro de los límites prescritos. La raza de las plantas y la raza de los -- animales se doblegan ante esta gran ley restrictiva, y el hombre -- no puede burlarla, no importa que esfuerzo racional realice para -- hacerlo.

Tanto las plantas como los animales son impulsados por un instinto poderoso de incrementar su especie; y este instinto no es interrumpido por dudas acerca de cómo proporcionar lo necesario a su descendencia. En el caso del hombre el instinto que lo impulsa a incrementar su especie es igualmente poderoso, pero aquí la razón interrumpe su carrera y le hace preguntarse si no estará trayendo al mundo seres a quienes no será capaz de proporcionar lo necesario -- para su existencia. "Tomando en consideración la más lenta de las

tasas de incremento puede declararse con confianza, por lo tanto, que la población si no es frenada se sigue duplicando cada 25 años pero la comida necesaria para el sustento del incremento de ninguna manera se obtendrá con igual facilidad". (Malthus, 1976. p.14)

El hombre necesariamente estará restringido en términos de espacio, así considerando el actual estado promedio de la tierra, no sería posible que los medios de subsistencia, ni bajo las circunstancias más favorables a la industria humana, pudieran incrementar se más rápidamente que en una razón aritmética.

Viendo por lo tanto, que por las leyes de la naturaleza no podríamos hacer proporcional la comida a la población, nuestro siguiente paso debe ser, naturalmente, hacer que la población sea proporcional a la comida. "Si somos realmente serios en lo que parece ser el objeto de una investigación tan general o sea, la manera de mejorar esencial y básicamente la condición de los pobres, debemos explicarles la verdadera naturaleza de su situación y mostrarles que la retención de los abastecimientos del trabajo es el único modo posible de realmente elevar su precio, y que ellos mismos, siendo los poseedores de esta comodidad, son los únicos que tienen el poder de hacerlo". (Malthus, 1976. p.15)

Malthus consideró que el desequilibrio generado por la desproporción entre la población humana y las subsistencias haría imposible la vida en la tierra, ya que surgiría el hambre, la guerra y otras miserias. Por ello, propone como alternativas para disminuir el crecimiento demográfico: la abstinencia sexual, el matrimonio tardío y algo semejante a la anticaridad para evitar que los pobres, desvalidos y su miseria se reprodujeran.

Sus propósitos para reducir el crecimiento de la natalidad se encontraban enfocados hacia los sectores de los pobres, argumentando que estos no debían seguir teniendo hijos debido a que carecían de la capacidad para mantenerlos.

Malthus era un defensor del orden establecido, sustentó sus estudios en el caso norteamericano, que no era susceptible de una generalización tan simplista, ya que el hecho de que la población de ese país se duplicara en 25 años obedeció a la inmigración a Estados Unidos que acababa de lograr su independencia y tal fenómeno no podría ocurrir en el resto del mundo; evidentemente que su argumentación no consideraba la desigual distribución de la riqueza -- que prevalece en las sociedades dependientes. Por otra parte, su idea de que la producción agrícola solamente podría crecer en razón o función de las extensiones agrícolas, resultó también muy -- inexacta ya que no tomaba en cuenta el desarrollo tecnológico que puede hacer que los rendimientos de la tierra aumenten.

La postura de Malthus ha sido criticada severamente y considerada por muchos como cruel y retrógrada debido entre otras cosas, a la forma tan brutal de expresar sus ideas como en la siguiente frase: "en el mundo el que nace sin recursos que lo sustente, no tiene lugar en el banquete de la vida y hay que cerrarle la puerta".

En 1921 Raymond Pearl influenciado por el trabajo de Malthus afirmaba que: el crecimiento de la población consistía en un fenómeno ecológico en donde su incremento coincide con la disponibilidad de subsistencias, sustentó tales argumentos en un modelo logístico en forma de S alargada en donde se contempla un aumento geométrico hasta un cierto nivel y después de alcanzar un punto de estabilidad tiende a disminuir en proporción geométrica hasta llegar a un tope encima del cual no se produce ningún crecimiento hasta que las condiciones ambientales cambian y lo permiten.

Posteriormente Wynne Edwards (1962), a través de su Teoría Homeostática de la Organización Social animal comentó: existe una relación directa entre la cantidad de alimento y la densidad de población; encontrando que había alimento abundante en poblaciones animales densas debido a los procesos sociales instintivos como mecanismos homeostáticos para mantener una densidad y dispersión idea

les de la población.

Los mismos estudios permitieron conocer que cada especie se reproduce lo suficiente para poder poblar su habitat, pero no para sobrepoblarlo, así cuando el número de individuos sobrepasa la cantidad de alimentos disponibles para cada uno, los adultos recurrían al canibalismo y a la reducción de la fertilidad.

Aproximación Religiosa.

Este enfoque está encabezado por el Papa Paulo VI y los grupos conservadores del Vaticano en donde no se acepta como real la problemática de la explosión demográfica y se muestra resistencia para aceptar los medios de control anticonceptivos, y de regulación de la fertilidad.

El 29 de julio de 1968 el Papa Paulo VI en su Encíclica "Humanae Vitae" declaró que fuera de la abstinencia total el único método permitido para evitar los nacimientos (y esto solamente por causas graves) era la abstinencia temporal durante el periodo fecundo de la mujer (Método del Ritmo), lo anterior aparece en la Encíclica de esta manera: "debemos una vez más declarar que hay que excluir absolutamente, como vía ilícita, para la regulación de los nacimientos, la interrupción directa del proceso generador ya iniciado, y sobre todo el aborto directamente querido y procurado, aunque sea por razones terapéuticas. Hay que excluir igualmente como el magisterio de la Iglesia ha declarado muchas veces, la esterilización directa perpétua o temporal tanto del hombre como de la mujer; queda además excluida toda acción que, o en previsión del acto conyugal o en su realización o en el desarrollo de sus consecuencias naturales, se proponga como fin o como medio hacer imposible la procreación".

Como respuesta a la publicación de esta Encíclica algunos teó

logos han aceptado los conceptos contenidos en ella y otros por el contrario como en el caso de Brasil han disentido, por lo que actualmente la posición de la Iglesia Católica resulta ambigua y dividida sin que esto haya afectado la decisión para usar o no métodos anticonceptivos ya que en base a estudios realizados con este propósito se ha detectado que las creencias religiosas no constituyen factores determinantes para el uso de anticonceptivos. (Alba, 1979)

Kahn (1976), con su "Tesis a largo Plazo", considera que efectivamente el crecimiento de la humanidad, en términos demográficos es más alto, pero que se inició hace apenas dos siglos, alrededor de la época en que Malthus escribió su obra y en dos siglos más -- habrá desaparecido. De modo que si se logra en los próximos dos siglos hacer una administración racional de los recursos, una redistribución de los mismos, un cambio de ciertos hábitos de consumo, dentro de dos siglos el problema habrá desaparecido, hacia el año 2000, pero esta "solución" resulta desalentadora para la humanidad de hoy.

Aproximación Materialista.

Sostiene que el problema de la sobrepoblación ha sido exagerado y que el conflicto radica en la desigualdad y mala distribución de la riqueza, por lo que el problema a atacar no es el del crecimiento poblacional. Esta tendencia considera al crecimiento demográfico como intensificador de otros problemas sociales, confiere mayor importancia a la planificación adecuada de los recursos existentes y tiene como objetivo adecuar la velocidad del crecimiento de la población con la de los recursos, otorgando mayor libertad al individuo sobre si desea o no utilizar los servicios de la Planificación Demográfica.

Por su parte, el marxismo sostenía inicialmente que el tamaño

de la población no representaba problema para un sistema socialista; se ha observado sin embargo, que en algunos de los países socialistas existen políticas para la regulación de la natalidad. En Rusia, al inicio de la revolución había una tasa superior a 40 nacimientos por mil habitantes a diferencia por ejemplo, de 1967 en donde la tasa correspondía a 17.4 nacimientos por mil habitantes. Los estadistas soviéticos explican que la disminución de la natalidad se debe al actual régimen económico en donde la mujer tiene la misma oportunidad de actuar como un elemento productivo en la economía del país. La República Popular China constituye otro caso en donde el sistema socialista ha aceptado el control de la natalidad como un recurso para lograr una economía planificada.

Aproximación Socioeconómica.

En los últimos años y en base a los puntos tratados en la Conferencia de Bucarest (1974), se ha planteado que el problema del crecimiento demográfico no se puede aislar del resto de la problemática del desarrollo económico y social. Aún cuando las causas de los conflictos económicos de los países del Tercer Mundo no siempre es la sobrepoblación, esos conflictos se ven agudizados por el crecimiento demográfico limitando a su vez los programas de planificación socioeconómica.

Este enfoque concede vital importancia al desarrollo socioeconómico, pero reconoce también la necesidad de planificar el crecimiento demográfico mediante políticas de población mundial que han asumido ya algunos países.

Al respecto las autoras del presente trabajo consideran la -- aproximación socioeconómica como la más integral, ya que en ella -- se relaciona el problema del crecimiento demográfico con factores de índole económico, social y político que inciden en los fenómenos poblacionales

Retomando que aún cuando el crecimiento demográfico no constituye un problema en sí, se ve agudizado por factores económicos, sociales, políticos y culturales y por la falta de una planificación -- adecuada de los recursos existentes.

1.3. Situación Demográfica en el Mundo.

Durante el primer milenio de la era cristiana se noto un estancamiento en el ritmo del crecimiento de la población, pero a partir del segundo milenio y hasta un poco antes de la Revolución Industrial la población se incrementó rápidamente contando para ese entonces entre 735 y 805 millones de habitantes, no obstante el detrimento causado en algunas regiones de China, India y Europa por las pestes y epidemias.

En los siglos XVIII y XIX la población de los países hoy llamados desarrollados se ve incrementada; posteriormente esa tendencia se extiende al resto del mundo, correspondiendo la tasa actual de crecimiento mundial al 2% anual.

El crecimiento demográfico parece presentar características diferentes en dos grupos de países: "los desarrollados en los que este fenómeno ha completado un ciclo que incluye una importante reducción en los niveles de mortalidad y de fecundidad durante los últimos 200 años. A diferencia de los países subdesarrollados en donde se ha abierto un ciclo que aún no se completa, la mortalidad se ha decrementado en forma significativa no así la fecundidad que ha permanecido constante o solo ha declinado ligeramente". (Carrillo, 1976).

1.4. Situación Demográfica en América Latina.

La combinación entre altas tasas de fecundidad y la disminución en la tasa de mortalidad de América Latina ha generado tasas de crecimiento natural de las más altas del mundo. Correspondiendo la esperanza de vida al nacer a 67.1 años como promedio proyectado para 1990.

Las características del desarrollo económico latinoamericano

y las tendencias demográficas relacionadas con ellas, constituyen el origen de los problemas de desempleo que enfrentan esos países, no obstante el ritmo de crecimiento del sector moderno, su tamaño absoluto resulta demasiado pequeño para absorber una fuerza de trabajo en continuo crecimiento, producto de la alta tasa de crecimiento natural y de la migración rural.

Otro de los problemas a que se enfrentan las sociedades latinoamericanas lo representa la vivienda que se manifiesta con un déficit en los centros urbanos más grandes.

En un esfuerzo por vincular las políticas de población con las políticas de desarrollo, diversos gobiernos hacen la distinción entre planificación familiar que consiste en una política de bienestar familiar que conduce a la disminución de los abortos y de la mortalidad y morbilidad materno-infantil y otra política de control natal que constituye únicamente un programa destinado a reducir el número de nacimientos. Aún cuando los gobiernos de los países latinoamericanos aceptan que la redistribución de la población constituye un problema grave, solo algunos han asumido políticas para revertir la tendencia de la emigración de los trabajadores calificados y profesionales.

1.5. Situación Demográfica en México.

Se consideran un tanto imprecisas las estimaciones correspondientes a la población que existía en México hacia 1518 suponiendo que se refería a un promedio de 6 millones, reduciéndose en 1568 a 2.5 millones y a un millón en 1605. "La población indígena comenzó a declinar en forma violenta con la conquista. La ruptura del orden socioeconómico y cultural y las enfermedades traídas de Europa y Africa, contra lo que los indígenas se hallaban indefensos, se consideran como las causas de la disminución de la población de la localidad, además desde luego de la violencia y la dominación de -

la conquista". (Alba, 1979).

A fines del siglo XVI se incrementó la inmigración de la población europea y africana en contraste con la población indígena que se redujo a la mitad.

Durante la organización de la estructura colonial se consolida el proceso de mestizaje y adquiere forma una estratificación y estructura social relacionadas con un enfoque radical, desarrollándose una sociedad bajo un sistema de desigualdad social, despotismo político y dependencia colonial.

La población no indígena empieza a predominar en las zonas urbanas y la indígena es más numerosa en las regiones rurales. Progresivamente la población se va incrementando durante los siglos - XVII y XVIII; llegando a los 6 millones de habitantes a comienzos del siglo XIX.

De 1877 a 1910, durante el Porfiriato se sientan las bases -- económicas del México moderno, el país se conecta con otros sistemas económicos mundiales y se ve influido su desenvolvimiento por el desarrollo de la economía capitalista en crecimiento y expansión.

En 1910 el 72% de la población económicamente activa tenía como actividad primordial la agricultura y sólo el 11% se dedicaba a la industria, las actividades relacionadas con el comercio y el -- sector de servicios eran ejercidas por el resto de la población. Durante el siglo XIX en general, en toda Latinoamérica se refleja una tendencia pronatalista ya que en ese entonces el crecimiento - demográfico era considerado como símbolo de grandeza y felicidad.

En México, al realizarse el primer censo de población con características modernas en 1895, se contaba con 12.6 millones de habitantes y el tercer censo, levantado en 1910 reflejó una pobla--

ción ligeramente superior a los 15 millones de personas, por lo -- que se supone que durante el Porfiriato la tasa anual de crecimiento fluctuó entre 1 y 1.5%.

En los años de 1910 a 1920 en que transcurrió la lucha de la Revolución Mexicana la población detuvo su crecimiento y disminuyó en cuanto a su número influenciado este proceso por la mortalidad causada por la "influenza española" y la emigración a los Estados Unidos.

Etapa de Expansión y Crecimiento

Durante la década que prosiguió a 1917, el Estado permitió el establecimiento de Centros privados de Planificación Familiar, pero a fines de los años 20' los criterios gubernamentales se tornaron nuevamente pronatalistas pronunciándose en favor del crecimiento demográfico como un medio para el desarrollo económico del país y para defenderse de las potencias extranjeras expansionistas que amenazaban con apoderarse de algunos estados del territorio.

De 1930 a 1940 la población de la República Mexicana alcanza los 20 millones de habitantes, tal incremento tiene su origen en parte en la disminución de la mortalidad que se ve modificada por el crecimiento de la economía del país, la orientación de la política gubernamental, el adelanto de la ciencia y la técnica médica y los primeros intentos de aprovechar experiencias en materia de Salud Pública y Saneamiento provenientes del exterior.

A partir de 1940 el crecimiento de la población se aceleró, y así en el censo correspondiente a 1970 se reporta la cantidad de 48'225,238 habitantes y 79'563,384 en el censo de 1980.

Entre los estudios realizados en México en los años más recientes que han permitido profundizar en el comportamiento del cre

cimiento demográfico se encuentran:

- Encuesta Mexicana de Fecundidad, 1978.
- Encuesta Nacional de Prevalencia en el uso de Métodos Anticonceptivos, 1978.
- Encuesta Nacional de Prevalencia en el uso de Métodos Anticonceptivos con Módulo Fecundidad/Mortalidad, 1979.

Se presentan a continuación las tasas de crecimiento demográfico:

TASAS DE CRECIMIENTO DEMOGRAFICO
MEXICO 1940 - 1980

AÑOS	TASA DE CRECIMIENTO PORCENTAJE
+ 1940	2.1
+ 1950	3.0
+ 1960	3.5
+ 1970	3.4
++ 1976	3.0
+++ 1979	2.6
++++ 1980	2.5

FUENTES:

- + Consejo Nacional de Población. México Demográfico. Breviario 1979, México. 1980.
- ++ Consejo Nacional de Población. México Demográfico. Breviario 1978, México.
- +++ Laboratories for Population Statistics. The 1979 México National Fertility and Mortality survey A. Summary of results. The University of North Carolina, Chapel Hill. Summary Se-

ries No. 2. December 1980.

++++ Cuadro 18 del Capítulo: Tendencias de la Fecundidad a Nivel Nacional. La Revolución Demográfica en México 1970-1980. México, 1982.

Entre 1940 y 1980 la proporción de la población rural del -- país se redujo de 64.9% a 33.5% en tanto que la población urbana se incrementó del 35.1% al 66.5% (Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, 1987).

El análisis de la población por grupos de edad mostró que entre 1970 y 1980 se produjo un descenso del 46.2% al 42.9% en el -- grupo de edad de 0 a 14 años. Otro dato demográfico relacionado -- con el crecimiento de la población es el número promedio de hijos de cada mujer que descendió de 4.63 en 1979 a 3.41 hijos promedio por mujer en edad fértil en 1986.

En México se han dado los factores que habitualmente conducen al rejuvenecimiento de la población como son: un descenso muy marcado de la mortalidad en los últimos cuarenta años, más pronunciado en la mortalidad infantil; un aumento también considerable en la esperanza de vida, y una fecundidad estable, a niveles muy elevados; todo ello favorable para un incremento progresivo en la proporción de los grupos jóvenes de la población.

1.6 Efectos del Crecimiento Demográfico.

Como consecuencia de la disparidad entre la población y la -- alimentación se calcula que anualmente mueren un promedio de dos -- millones de seres humanos en el mundo a consecuencia de enfermedades que se complican o agravan por los altos índices de desnutri-- ción que padecen los habitantes de diversas regiones del mundo.

En cuanto a la escasez de alimentos o a la baja producción de los mismos, encontramos como una de las contradicciones de los sistemas capitalistas, el que se eliminan por toneladas diariamente - muchos de los alimentos en los centros comerciales que no han sido vendidos por carecer la población del poder adquisitivo para comprarlos; es común observar también que a nivel de las áreas rurales no se distribuyen o aprovechan en el mercado algunos de los -- productos agrícolas por resultar "incosteables" para su venta debido a las leyes de la oferta y la demanda y porque son acaparados -- por monopolios que los encarecen para ponerlos a la venta a la población, con lo que se agrava la escasez de alimentos.

En relación a los efectos que plantea el aumento del crecimiento demográfico la UNESCO ha emitido declaraciones como la siguiente:

Los efectos que tiene sobre la vida humana el vivir en comunidades o naciones densamente pobladas y/o en rápido crecimiento son enormes. Quizá una de las más importantes es la gran "tajada" que el aumento de población se lleva en cualquier aumento de la producción económica de un país. El problema de la población afecta la cantidad y la calidad de la atención a los niños pequeños, de la educación formal, de la vivienda, de las oportunidades de empleo, de las facilidades de transporte, atención médica, alimento disponible, e incluso del aire que respiramos y del agua que bebemos... y esta lista es incompleta.

"Los efectos de la explosión demográfica se reflejan en diferentes aspectos como: falta de escuelas, de viveres, de fuentes de trabajo, de asistencia médica y de toda clase de recursos, incluyendo el básico que es el agua (Alba, 1979, p. 26).

En otro nivel tales carencias se hacen ostensibles mediante -- asaltos, robos, asesinatos y guerras.

Es fácil comprender que cualquier aumento de la productividad y del desarrollo es devorado por los nuevos nacimientos y la posibilidad de satisfacer solamente las necesidades esenciales se ve frustrada de antemano.

En México, el crecimiento del país parte de 1940 sustentado por un proceso de acumulación del capital y la utilización de mano de obra abundante y barata, a lo que se suma una política de industrialización y sustitución de importaciones. Durante el desarrollo del crecimiento económico y estabilidad política el país ha acrecentado sus relaciones de dependencia con otras economías mundiales sobre todo con Estados Unidos de Norteamérica, introduciéndose en su infraestructura capitales extranjeros y empresas transnacionales tornándose más prominentes los fenómenos de transferencia y dependencia tecnológica.

La minería ha disminuído, en tanto que la energía eléctrica, la construcción, las manufacturas, el petróleo y la petroquímica se han visto incrementados. En cuanto al comercio exterior se ha visto deteriorado al grado de que el valor de las importaciones -- equivale al doble del de las exportaciones y las divisas del turismo constituyen solo un factor atenuante de ese déficit económico.

La deuda pública ha crecido rápidamente por concepto de intereses y la transformación económica se ha llevado a cabo en un ámbito de creciente dependencia económica, social y tecnológica.

Aún cuando la economía depende más de otros factores que del crecimiento poblacional, es cierto también que un ritmo menor en el crecimiento demográfico se hubiese traducido en un mayor producto per cápita posiblemente; considerando que la incorporación de la población a la actividad económica depende de factores como la organización social, la tecnología en uso, el crecimiento de la economía, el desarrollo del sistema educativo, factores de oferta y demanda, la posición de la mujer en la sociedad, etc.

Desempleo y Subempleo

La disminución de la población en la tasa de participación en la actividad económica en los últimos veinte años, se explica no sólo en términos de factores demográficos sino de muchos más.

Algunas características socioeconómicas del país como el carácter estacional o eventual de muchas ocupaciones o los bajos niveles de productividad sugieren la existencia de un gran número de población en una situación intermedia entre un empleo pleno y un desempleo total; a lo que se conoce como subempleo.

Los sectores de la construcción y el agropecuario son los que proyectan las tasas de desempleo más altas; 23% y 18% respectivamente, correspondiendo la población económicamente activa a - - 22'066.100 que representa el 27.7% según cifras preliminares del censo de 1980. (Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, 1987).

El crecimiento de la población ha propiciado desplazamientos que repercuten en la manera en que se distribuyen en el territorio ya que con la migración externa la población se ha concentrado en los núcleos urbanos cada vez mayores.

La proporción de la población dedicada a la agricultura ha -- disminuído considerablemente, incrementándose el número de habitantes que realiza sus actividades en la industria urbana lo que se - ha presentado conjuntamente con la emigración de los grupos campesinos a las ciudades. Así la población urbana ha ido en aumento en tanto que la población rural se ha visto disminuída, volviéndose - las diferencias socio-económicas y culturales entre las zonas rura les y urbanas cada vez más pronunciadas.

Por otro lado, los desplazamientos de la población se dan tam bién a nivel externo, cuando muchos de los trabajadores mexicanos

cruzan continuamente la frontera hacia los Estados Unidos en busca de mejores oportunidades de trabajo y niveles de vida.

El comportamiento demográfico incide en el proceso de desarrollo del país, en sus estructuras productivas y de consumo, en el uso y distribución de sus recursos y en la organización y conformación de sus instituciones sociales, así la emigración externa no obedece sólo a factores relacionados con la explosión demográfica sino a la disparidad de orden económico y social y al tipo mismo de desarrollo seguido por el país. (Miro y Potter, 1983, p. 125).

Notestein (1953), argumentaba: la vida urbana despojó a la familia de muchas funciones en los ámbitos de la producción, el consumo, la educación y la recreación. La tecnología se desarrolló -- rápidamente, se necesitaron nuevas habilidades y surgieron nuevas oportunidades de progreso individual. La educación y una perspectiva racional se hicieron cada vez más importantes. Como consecuencia el costo de tener hijos creció y disminuyeron las posibilidades de que estos contribuyeran económicamente a la familia.

Al disminuir las tasas de mortalidad se incrementó el tamaño de la familia que debía ser sostenida y se redujeron los incentivos para tener muchos nacimientos. Por otra parte, las mujeres encontraron una nueva independencia respecto de las labores domésticas y percibieron que las nuevas funciones económicas, eran menos compatibles con la procreación. Bajo esta multiplicidad de presiones, los viejos ideales y creencias comenzaron a debilitarse y se fortaleció el ideal de un número reducido de hijos (México Demográfico, 1981).

A nivel de la población mexicana se considera que fundamentalmente los patrones de consumos, las exigencias en la calificación de los trabajadores, la incorporación de la mujer en el trabajo remunerado y la reducción de los salarios y del poder adquisitivo de la población son entre otros, los factores que establecen las con-

diciones objetivas para incidir en el descenso de la fecundidad, que se traduce en el deseo de tener un número menor de hijos.

CAPITULO 2. EL PROGRAMA NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR**CONTENIDO:**

- 2.1. Bases Jurídico - Políticas.
- 2.2. Antecedentes.
- 2.3. Situación Actual.
- 2.4. El Programa de Planificación Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 2.5. Aspectos Generales.
- 2.6. Métodos de Planificación Familiar.
- 2.7. Logros.

CAPITULO 2. EL PROGRAMA NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR

Durante los años que siguieron a la Segunda Guerra Mundial, el crecimiento demográfico era considerado como un factor necesario para el desarrollo, esta tendencia fue formalizada en 1947 con la promulgación de la Ley General de Población, que consideraba necesario un crecimiento demográfico acelerado y contemplaba medidas para promover tal incremento.

Pick de Weiss (1979), menciona que, aun cuando ya se encontraban en el mercado algunos productos anticonceptivos, sólo se vendían en receta médica y en forma un tanto clandestina, además sus altos precios los hacían accesibles sólo a los sectores privilegiados y no a la gran mayoría de la población perteneciente a los estratos socioeconómicamente débiles.

Por otra parte, los programas de crecimiento económico que se continuaron durante el decenio de 1960, no calificaron de problemático el crecimiento acelerado de la población y menos se pensaba que pudiera ser un obstáculo para el desarrollo económico.

2.1. Bases Jurídico - Políticas.

Hasta comienzos de la década de los 70', la posición oficial que existía en México tuvo un carácter poblacionista que se modificó en el año 1973. Entre este año y 1976 se promovieron y articularon ordenamientos legales, que sirvieron de base para una política de población y a partir de 1977, fue aprobado el Programa Nacional de Planificación Familiar. Alianza Panamericana de Médicas. (1985)

Actualmente, el país tiene una política de población clara y precisa, fundamentada en bases jurídicas que parten de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la que establece en su Artículo 4o. "El varón y la mujer son iguales ante la Ley. Esta

protegerá la organización y el desarrollo de la familia", también señala que: Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamento de sus hijos. (p.9).

La Ley General de Población promulgada en 1974, expresa las disposiciones acerca de la política de población sobre planificación familiar en los siguientes artículos: (p. 63)

Artículo 18. "La planeación familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos".

Artículo 19. "Los programas de planeación familiar son indicativos, por lo que deberán proporcionar información general e individualizada sobre sus objetivos, métodos y consecuencias, a efecto de que las personas estén en aptitud de ejercer con responsabilidad el derecho a determinar el número y el espaciamento de sus hijos.

En la información que se imparta, no se identificará la planeación familiar con el control natal o cualesquiera otros sistemas que impliquen acciones apremiantes o coactivas para las personas e impidan el libre ejercicio del derecho a que se refiere el párrafo anterior".

Artículo 20. "Los servicios de planeación familiar deberán estar integrados y coordinados con los de salud, educación, seguridad social e información pública y otros destinados a mejorar las condiciones de vida de los individuos y de la familia".

Artículo 21. "La información, salud, educación y demás servicios relativos a los programas de planeación familiar serán gratuitos cuando sean prestados por dependencias y organismos del sector público".

Artículo 22. "Los programas de planeación familiar informarán de manera clara y llana sobre los fenómenos demográficos y las vinculaciones de la familia con el proceso general del desarrollo e instruirán sobre los medios permitidos por las leyes para regular la fecundidad. La responsabilidad de las parejas e individuos en el ejercicio del derecho a planear su familia, consiste en que tomen en cuenta las necesidades de sus hijos, vivos y futuros, y de su solidaridad con los demás miembros de la comunidad, para dar lugar a mejores expectativas de bienestar y plenitud en la realización de sus fines individuales y colectivos".

Artículo 23. "La información y demás servicios de planeación familiar, atenderán a las circunstancias de cada persona, localidad o región, orientarán sobre las causas de la esterilidad natural y las fórmulas para superarla o incrementar la fecundidad cuando sea escasa".

Artículo 24. "La educación e información sobre planeación familiar deberá dar a conocer los beneficios que genera decidir libremente sobre el número y espaciamiento de los hijos, demorar la procreación del primero y, concebir el último durante las edades propicias para una saludable gestación".

Artículo 25. "Los servicios de información, salud y educación sobre planeación familiar a cargo de las instituciones públicas se realizarán en programas permanentes y en ningún caso asumirán el carácter de campañas. El Consejo Nacional de Población, aprobará los criterios y procedimientos de coordinación de las dependencias e instituciones que tengan a su cargo esos servicios".

Artículo 26. "Los servicios médicos, educativos y de información sobre programas de Planificación Familiar, garantizarán a la persona la libre determinación sobre los métodos que para regular la fecundación desee emplear, siempre que se haya demostrado que carece de efectos secundarios graves en los humanos y que no perjudiquen su salud o estén prohibidos .

Queda prohibido obligar a las personas a utilizar contra su voluntad, métodos de regulación de la fecundidad. Cuando las personas - opten por el empleo de algún método anticonceptivo con efectos - - irreversibles, las instituciones o dependencias que presten el servicio, recabarán previamente su consentimiento por escrito".

Artículo 27. "Las autoridades de las instituciones de salud o asistencia social que tengan a su cargo adultos sujetos a interdicción, cuando alguno de éstos no tenga nombrado representante legal, resolverán sobre el ejercicio del derecho a que se refiere el segundo párrafo del Artículo 4o. Constitucional, previa vista que en cada caso se dé al Ministerio Público".

Artículo 28. En materia de salud, los servicios de planeación familiar que se proporcionen a menores de edad, se regirán por las normas de Derecho Común.

Artículo 29. Con base en los acuerdos que adopte el Consejo Nacional de Población y de este Reglamento, las autoridades competentes establecerán las reglas técnicas de Planeación Familiar en materia de educación y de información médico-asistencial, y vigilarán su correcta aplicación.

Artículo 30. Los jueces u oficiales del Registro Civil en -- los actos matrimoniales, proporcionarán a los contrayentes información sobre Planeación Familiar, igualdad jurídica del varón y la - mujer y organización legal y desarrollo de la familia, elaborada - de común acuerdo por las autoridades locales y el Consejo Nacional de Población.

De los ordenamientos legales descritos con anterioridad se considera que la planificación familiar es un derecho establecido en la - Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el título de garantías individuales y que excluye medidas de carácter obligatorio, asimismo, la ubica en el contexto de las políticas de bienes

tar social, fundamentalmente en los campos de la salud, la educación, la capacitación y la protección de la familia, especialmente de la madre y el niño.

2.2. Antecedentes.

En el Programa Nacional de Planificación Familiar 1985 - 1988, se considera que las primeras acciones en servicios de planificación familiar se realizaron en nuestro país por el sector privado. Primero, a través de médicos privados y de las farmacias, y con posterioridad en la década de los sesenta, como actividad organizada por medio de asociaciones civiles tales como:

- Asociación Pro-Salud Maternal, creada en 1960, dedicada al estudio de la metodología anticonceptiva; al adiestramiento de recursos humanos y la prestación de servicios de planificación familiar; durante algunos años fue el único servicio organizado en el área urbana y en 1963, inició programas rurales. Al implantarse posteriormente el Plan Nacional de Planificación Familiar, derivó a sus usuarias a las diversas instituciones oficiales.
- La Fundación de Estudios de la Población (FEPAC), fue creada en 1965. A partir de 1983, tomó el nombre de Fundación Mexicana para la planeación Familiar, (MEXFAM). Esta asociación además de la prestación de servicios en planificación familiar, integró a sus actividades programas de investigación y adiestramiento en planificación familiar.
- En el sector público, las primeras acciones sobre planificación familiar las inició el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1967. En este año se realizó por el Departamento de Investigación Científica, una investigación sobre regulación de la fertilidad con el uso de productos hormonales an

ticonceptivos. Este programa se realizó en las unidades médicas del Valle de México, y fue dirigido a mujeres con más de tres abortos inducidos. Así se continuó hasta 1972, año en que la Jefatura de Medicina Preventiva estableció el Programa de Planificación Familiar Voluntaria, se incorporó el otorgamiento de los servicios de planificación familiar a las prestaciones médicas como respuesta a una demanda cada vez mayor de los mencionados servicios, principalmente de mujeres con altos riesgos materno fetales y abortos inducidos.

- En 1973, se extendió el programa a todo el Valle de México y para la población no derechohabiente.

En 1974, los servicios de planificación familiar se ampliaron a todas las delegaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social en el país, incluyendo las unidades de campo y solidaridad social.

A finales de 1980, el Instituto Mexicano del Seguro Social aprobó la prestación de servicios de planificación familiar a toda persona que lo demandara fuera o no derechohabiente, asumiendo de esta forma una responsabilidad cada vez mayor del Plan Nacional de Planificación Familiar. En 1981, la planificación familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social, había alcanzado un alto grado de institucionalización con la prestación de estos servicios integrados a las actividades de salud, prácticamente en toda la estructura de los servicios médicos.

- En 1972, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, comenzó actividades en relación al Programa de Atención Materno Infantil, mediante la prestación de servicios de planificación familiar. En 1973, adiestró personal e instaló un centro de salud y hospitales urbanos. De 1974 a 1976 con

tinuó la extensión del programa de planificación familiar a los centros de salud suburbanos y en menor escala a los rurales.

En 1977, inició el Programa de Salud Rural, para promover - en las localidades rurales, el acceso a servicios "mínimos de salud" incluyendo los de planificación familiar bajo la responsabilidad de personas adiestradas como "encargadas de comunidad" relacionadas con las parteras empíricas existentes en todas las localidades.

- El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en 1973, inició la "Campana de Paternidad Responsable", con el fin de atender la demanda de servicios médicos para la regulación de la fecundidad. En 1975, comenzó el Programa Institucional de Planificación Familiar incorporándolo progresivamente tanto en el área metropolitana como en el sistema foráneo, hasta que en 1979 se estableció en todas sus unidades.

Otras instituciones que prestan servicios de seguridad y -- asistencia social como Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la Comisión Federal de Electricidad, a partir de 1977 formalizaron progresivamente actividades de Planificación Familiar, en los servicios médicos. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y el Departamento del Distrito Federal también incorporaron acciones de planificación familiar en sus servicios médicos al ser aprobado el Plan Nacional de Planificación Familiar.

Aun cuando la prestación de servicios en planificación familiar comienza en el decenio de los sesenta, es a partir de 1972-1973, cuando se elaboraron programas en esta materia - para realizarse en instituciones públicas de salud y de seguridad social con diferencias en cuanto a sus objetivos, -

metas, estrategias, métodos y procedimientos de trabajo. - Surge en esta época, la Comisión Interinstitucional de Atención Materno Infantil y de Planificación Familiar como intento de coordinar los servicios. Esta Comisión es responsable de estructurar las bases normativas de los programas nacionales en los mencionados aspectos. Al año siguiente esta Comisión se reorganizó y estuvo integrada por representantes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado y la Fundación para Estudios de la Población, el resultado de esta Comisión fue la elaboración de un documento de normas muy generales sobre servicios, docencia, evaluación, información materno-infantil y planificación familiar. sin embargo, tuvieron poca repercusión en la operación de los programas, en la prestación de servicios y en la coordinación de los mismos.

Hasta 1976, las instituciones tanto del sector público como del privado con servicios de planificación familiar, realizaron sus propias acciones sin tener coordinación entre ellas. Ante la necesidad de establecer coordinación a mediados del mismo año se creó la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar.

El objetivo general de la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, era hacer congruente las acciones de las instituciones y organizaciones encargadas de desarrollar actividades de planificación familiar en México, a efecto de que se realizara el Plan Nacional de Planificación Familiar, y se cumpliera con la meta de reducir la tasa de crecimiento de la población mexicana al 2.5% en 1982. Entre sus objetivos específicos estaba la elaboración del Plan Nacional de Planificación Familiar, buscando la continuidad de las acciones y establecer metas operacionales congruentes con las instituciones del sector público y privado.

de acuerdo a las metas establecidas por el Consejo Nacional de Población. Asimismo, generar las normas que las instituciones observarían al realizar la planificación familiar, - ampliar la cobertura a los sectores de población desatendida; conjuntar un sistema de información nacional que permitiera una evaluación veraz y oportuna, coordinar las actividades de información y educación en Planificación Familiar para usuarios y prestadores de servicios en el ámbito tanto rural como urbano.

Con base a lo anteriormente mencionado, una de las primeras acciones de la Coordinación y el CONAPO, fue la elaboración del Plan Nacional de Planificación Familiar, presentado por el Coordinador Ejecutivo al Presidente de la República en - la sesión del Consejo Nacional de Población en Octubre de - 1977, el cual se autorizó y se incorporó el Plan Global de Desarrollo como una de sus bases fundamentales.

En el Programa Nacional de Planificación Familiar 1985-1988 se establece que, "El Plan Nacional de Planificación Familiar se propuso promover y prestar servicios de Planificación Familiar, para propiciar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población y disminuir la morbilidad y mortalidad materno infantil, para dar lugar a una regulación de la fecundidad y así, a una reducción de la natalidad en todo el país; disminuir la incidencia del aborto, al incrementar la práctica de la Planificación Familiar, desarrollar programas en Planificación Familiar para el sector salud, así como de información y educación formal e informal que llegue a toda la población; crear la infraestructura administrativa de servicios que permita la continuidad y ampliación de los programas de Planificación Familiar en todo el ámbito nacional; organizar los servicios aplicativos para adecuar sistemas de información, supervisión y evaluación a nivel estatal y nacional". (p.42)

Se establecieron metas de cobertura de servicios para cada una de las instituciones del sector salud, que respondieran a las demandas de la población y al mismo tiempo que fueran congruentes con la meta demográfica que se estableció para el año 1982 del 2.5% anual.

En cuanto a las metas de prestación de servicios, se utilizó el concepto de usuarias nuevas para valorar la productividad y el de usuarias activas para determinar la cobertura del Programa

A principios de 1977, año en que inició el Plan Nacional de Planificación Familiar, las mujeres con pareja estable, que usaban métodos anticonceptivos alcanzó el 30%. Para 1979, se había alcanzado la cifra del 37.8% y en 1982, se consideró que el 47.7% de las mujeres con pareja estable usaban métodos anticonceptivos. Cabe mencionar que en estas estadísticas se ha considerado únicamente a las mujeres que tienen pareja estable y no a las que están en edad fértil y con vida sexual activa.

El aumento en la cobertura de usuarias activas durante el período 1977-1982, tuvo efectos directos sobre la fecundidad marital y sobre la natalidad del país, de tal manera que la meta demográfica programada para 1982 del 2.5% del crecimiento natural se logró de acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional Demográfica de 1982.

- Educación en Planificación Familiar.

Un antecedente inmediato a la planificación familiar como Plan Nacional, es la inclusión de temas sobre sexualidad hecha en 1972, por la Secretaría de Educación Pública en los libros de texto gratuitos de la educación primaria, lo que facilitó el tratamiento público de este tópico y al mismo tiempo el de la planificación familiar.

conjuntamente con el tratamiento curricular de algunos temas sobre sexualidad se realizaron acciones de capacitación de recursos humanos en el sector salud incluyendo personal médico y paramédico, así como a estudiantes de las mismas áreas.

En el período 1977-1982, las acciones de educación en planificación familiar tuvieron como marco de referencia el Plan Nacional de Planificación Familiar. En esta etapa la coordinación entre los diferentes organismos del sector salud y el sector educativo fue mayor.

En 1978, la Secretaría de Educación Pública realizó una revisión de los libros de texto gratuito y se incorporaron -- nuevos elementos sobre sexualidad humana incluyendo una dimensión biopsicosocial.

El Programa Nacional de Educación Sexual, llevado a cabo -- por la Secretaría General del Consejo Nacional de Población de 1977 a 1982, constituye un esfuerzo en lo referente a la planificación familiar en cuyos objetivos expresa: "Conseguir que se generalice la planificación familiar como una búsqueda del bienestar de la familia en lo que se refiere a salud, alimentación, educación, vivienda y recreación y una toma de decisiones libre, informada y responsable con respecto al número y espaciamiento de los hijos". (p. 17).

La estrategia para incorporar el programa a las instituciones públicas y privadas que de alguna manera participan como agentes educativos y que brindan información referente a la sexualidad fue el proceso de institucionalización que -- pretendió que el Programa pasara a formar parte de las actividades educativas de cada dependencia. Para lograr esto, el personal del Programa preparó, capacitó y entrenó al personal de las instituciones en el manejo de temas sobre se--

xualidad, para que con posterioridad orientaran a la población que solicitara información sobre aspectos relacionados con aquella.

- **Comunicación en Planificación Familiar.**

La comunicación en planificación familiar es importante debido a que forma parte del proceso educativo para propiciar el cambio de actitudes de la población, respecto a su reproducción, cuidado y fomento de su salud.

Inicialmente cada institución del sector salud elaboraba -- sus estrategias y contenidos en relación al tema, por lo -- que fué necesario unificar criterios y se consideró que para lograr cambios en el comportamiento de la población referente a su reproducción era necesario mejorar la comunicación con el apoyo de materiales impresos y visuales a través del uso de medios como la radio y la televisión. A pesar de las acciones realizadas no llegaron a establecer la coordinación necesaria y cada institución continuó con sus propias estrategias para diseñar y producir sus propios materiales.

El Consejo Nacional de Población desde sus inicios (1974), utilizó los medios de comunicación colectiva para difundir mensajes sobre políticas poblacional, los cuales se orientan hacia la necesidad de reducir el tamaño de la familia. Para tal fin, se elaboraron mensajes cortos difundidos a nivel nacional con el propósito de sensibilizar, informar y motivar sobre planificación familiar, con temas como: "Vámonos haciendo menos", "La familia pequeña vive mejor", "Señora: Usted decide si se embaraza". Asimismo, se produjeron tres cortometrajes sobre el tema: "Soy padre de más de cuatro", "Una justicia que se nos escapa" y "Vámonos haciendo menos".

En 1977, la Coordinación del Plan Nacional de Planificación Familiar, inició acciones concretas para efectuar un programa de comunicación educativa, en el cual participaron las instituciones del sector salud como "Comunicadores", ya que en ellas recayó la responsabilidad operativa del Plan Nacional de Planificación Familiar en coordinación con el Consejo Nacional de Población.

En Diciembre de ese mismo año se les asignó al consejo Nacional de Población la responsabilidad de implantar programas en los medios de comunicación, lo que implicaba la producción y transmisión de mensajes en radio y televisión, -- prensa e impresos para revistas y periódicos y se suspendió el programa propuesto para la coordinación.

De 1977 a 1979, el Consejo Nacional de Población continuó con la elaboración de mensajes cortos dirigidos al individuo y a la pareja con el tema "¿Qué es planear la familia? también se produjo la radionovela "Caminos de esperanza", -- cuyo propósito fue informar a la familia sobre educación -- sexual, planificación familiar y conceptos fundamentales de la vida familiar.

Al suspenderse el programa de comunicación propuesto por la coordinación, el sector salud inició el diseño y producción de materiales para su uso exclusivo. De este modo, el sector salud produjo el siguiente material: para zonas rurales, los folletos "La familia y la planificación familiar", "Mi familia", "La historia de María" (la pastilla anticonceptiva), "Todavía estamos a tiempo" (el dispositivo intrauterino), "Entre hombres" (el preservativo), "Los tiempos cambian". Para población urbana, métodos de planificación familiar, "Salpingoclasia y Vasectomía", "Nueva sexualidad", -- "Es natural que" (No. 1 y No. 2), "Cuida tu cuerpo", "El -- dispositivo intrauterino" y "100 preguntas y respuestas de

planificación familiar", así como carteles y documentales - sobre el tema. También difundió mensajes cortos por radio y televisión y la telenovela "Acompáñame", producida y dirigida por Televisa, S.A. en coordinación con el Consejo Nacional de Población.

En junio de 1979, la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, a través de la Secretaría de Salud y Asistencia, inició el programa de "Comunicación externa masiva" para apoyar el programa de salud rural.

De 1980 a 1982, el Consejo Nacional de Población, produjo - una serie de mensajes cortos, cuyos temas fueron: "¿Qué es planear la familia?", "Aprendamos a planear nuestra familia" y "Planificación Familiar: una decisión de cada pareja", difundidos en radio y televisión.

En este período se continuó con la difusión de la radionovela "Caminos de esperanza", logrando cuatro años la difusión. Asimismo, el Consejo participó en el programa de radio "Comunicación abierta", cuya temática comprendía la planificación familiar y se adquirieron más de treinta y cinco películas de diversas nacionalidades, con temas relacionados -- con la planificación familiar en el área rural y urbana.

En el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social, la institucionalización del Programa de Planificación Familiar, - le permitió el acceso a los medios masivos de comunicación, que fueron utilizados para transmitir algunos mensajes de - radio diseñados para población rural y urbana, en canciones populares, que por su tono genérico facilitaron la transmisión de mensajes sobre planificación familiar e informaron sobre metodología anticonceptiva e infraestructura de servicios. En 1981, se hizo la difusión de mensajes de radio, televisión, periódicos y anuncios exteriores. Estos se aboca-

ron a sensibilizar, tanto a la población asegurada como a la no asegurada, para que acudiera a los servicios que, de manera gratuita, se ofrecían en esa institución. (más adelante se tratará ampliamente sobre esta Dependencia).

2.3 Situación Actual.

La política de población del Estado Mexicano se ha concebido bajo el principio fundamental de elevar la calidad de vida de la población atendiendo a su número, dinámica, evolución, estructura o actividades y a su distribución geográfica en el campo o en las comunidades urbanas.

Con base a este principio, el Plan Nacional de Desarrollo - - 1983-1988, considera a la dimensión demográfica como un elemento central en la estrategia de desarrollo, relacionándola con la planeación económica general con el fin de lograr una armonía entre el crecimiento demográfico y los avances económicos y sociales con un aumento sustancial del bienestar en toda la población.

Para el logro de estos objetivos del desarrollo nacional, la política de población se propone:

- a).- Aumentar la calidad de vida de la población.
- b).- El acceso generalizado a las condiciones mínimas de bienestar.
- c).- Cambios en el comportamiento reproductivo y la movilidad geográfica de la población a través de la transformación social y económica para que con ello se logren regular los procesos demográficos.

En el Programa Nacional de Planificación Familiar, (1985-1988) se asienta que, el Consejo Nacional de Población ha elaborado el "Programa Nacional de Población 1983-1988" (PNP), que menciona que

las acciones en relación a este aspecto competen. "con carácter -- obligatorio a las Secretarías de Estado, miembros del Consejo Nacional de Población y a otras dependencias del Ejecutivo Federal; mediante acuerdos de coordinación, a los Gobiernos de los Estados; y mediante acuerdos concertados a los sectores privado y social". (p.9).

El Programa Nacional de Población está integrado por siete -- programas operativos cuya tendencia es incidir en los siguientes - factores: mortalidad, fecundidad, migración, estructura y distribución de la población, por medio de acciones vinculadas con la programación de la salud, la alimentación, el empleo, la educación, - la vivienda, los servicios municipales; del mejoramiento del ambiente y el aprovechamiento de los recursos naturales, así como de los recursos financieros y presupuestales.

Uno de estos siete programas es el Programa Nacional de Planificación Familiar (1985-1988), cuyo objetivo general es: "Promover un cambio en los valores socioculturales y en el comportamiento de la población respecto a su reproducción, a través del suministro - de información, educación, y servicios en planificación familiar - al individuo y a la pareja, de manera que puedan decidir el número y espaciamiento de sus hijos, mejorando con ello la salud materna e infantil y el bienestar del individuo, la familia y la comunidad" (p. 54).

Para el cumplimiento de su objetivo el Programa Nacional de - Planificación Familiar considera las siguientes acciones:

1. Informar y educar a la población en general sobre la necesidad y conveniencia de regular el tamaño y composición de la familia, como aspecto importante de la planeación que - la misma debe hacer de su desarrollo, salud y bienestar.
2. Propiciar los elementos y servicios necesarios para ejercer este derecho.

3. Establecer coordinación con todos los instrumentos del Programa Nacional de Población a fin de lograr las metas de crecimiento demográfico establecidas.

Para lo anterior, es necesario realizar actividades tendientes a sensibilizar a la población respecto a la necesidad y conveniencia de regular su fecundidad; proporcionar elementos de educación y orientación sexual que permitan a la población conocer su sexualidad y el uso responsable que de ella debe hacerse, capacitar a la población usuaria de métodos anticonceptivos y a los prestadores de servicios sobre su manejo adecuado y mejorar los servicios de salud en Planificación Familiar.

Con el fin de instrumentar el Programa de Planificación Familiar se consideran tres subprogramas: Educación en Planificación Familiar, Información y Comunicación en Planificación Familiar y Servicios de Salud en Planificación Familiar.

A) Subprograma de Orientación en Planificación Familiar.

Tomando en consideración el objetivo del Programa de Planificación Familiar, queda establecido el propósito de inducir un cambio sociocultural en la población mexicana, a fin de que sus valores y comportamiento reproductivo coadyuven al logro de un cambio demográfico, y asimismo, eleven sus condiciones de bienestar social y económico, así como su calidad de vida.

Para ello, de acuerdo al Programa Nacional de Desarrollo 1983-1988, que considera necesario promover un proceso educativo, las acciones se han abocado a elaborar intersectorialmente el marco conceptual de educación en planificación familiar, el cual establece la educación escolarizada, incorporando en los programas y textos de -

educación primaria, secundaria, educación media superior y educación superior, ésta última, principalmente en las escuelas y facultades de ciencias biológicas y médicas, contenidos relativos a la planificación familiar.

En cuanto a la educación extraescolar, este Subprograma, tiene como objetivo preparar, supervisar y asesorar a - grupos técnicos de las Secretarías de Estado y de los - Consejos Estatales de Población sobre planificación familiar.

B) Subprograma de Información y Comunicación en Planificación Familiar.

En el Programa Nacional de Planificación Familiar, (- 1985-1988), se manifiesta que el Subprograma de Información y Comunicación en Planificación Familiar, se fundamenta en el Programa Integrado de Comunicación en Población (PICP), en donde se establecen las políticas, las estrategias y líneas de acción, para la difusión de los mensajes de educación en población, a través de los medios de comunicación colectiva.

El objetivo de este Subprograma es difundir a través de los medios masivos de comunicación información a la población para que tome una decisión consciente y responsable sobre el número y espaciamiento de sus hijos con el fin de coadyuvar a mejorar la calidad de vida de la familia y de la población en general.

Entre las actividades de este subprograma se encuentra la de normar y sistematizar las acciones de difusión de mensajes de planificación familiar, considerando la congruencia de los contenidos, asimismo, capacitar a quienes se hacen cargo de la operación y administración de los programas de comunicación en planificación familiar.

C) Subprograma de Servicios de Salud en Planificación Familiar.

Las acciones de salud del Programa Nacional de Planificación Familiar, se refieren a la prestación de los servicios de planificación familiar y orientación sexual - al individuo y a la pareja, para que decidan sobre el número e intervalo de los hijos, considerando las condiciones de salud de la madre, las expectativas de un crecimiento sano del producto y las expectativas de desarrollo social, económico y cultural que tengan los padres para si y para sus hijos.

Este subprograma es uno de los ejes fundamentales del Programa Nacional de Planificación Familiar y a su vez del Programa Nacional de Población.

Su objetivo general se refiere a contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad, respetando la decisión de las parejas, a fin de colaborar en lo social y familiar a un equilibrio entre el desarrollo socioeconómico y el crecimiento demográfico, para lograr el mejoramiento de las condiciones de salud en la población materna e infantil.

En sus objetivos específicos establece:

- Mejorar las condiciones de salud de la población principalmente materno-infantil y adolescente.
- Reducir la tasa global de fecundidad de 4 hijos promedio por mujer en edad fértil en 1985 a 3 para 1988.
- Proporcionar servicios de orientación sexual y planificación familiar garantizando una buena calidad en la atención de las usuarias y brindando los métodos anticonceptivos modernos y adecuados.

- Disminuir la incidencia del aborto mediante el incremento de la aceptación, uso y continuidad de métodos anticonceptivos.

En el Programa Nacional de Planificación Familiar, (1985-1988) se considera que, en relación al Subprograma de Servicios de Salud, las metas de resultados de cobertura hasta el año de 1988, fueron fijadas de tal manera que su impacto en la tasa de crecimiento natural de la población permita alcanzar la meta demográfica de 1.9% de crecimiento anual.

Las bases para establecer estas metas son las siguientes:

- Consideración de las encuestas realizadas en años anteriores.
- Definición de las metas para este Subgrupo en términos de coberturas y usuarias activas.
- Para la programación de metas, el uso de una metodología -- que relacione coberturas en el uso de métodos anticonceptivos con tasas específicas de fecundidad, de modo que las acciones de salud en planificación familiar coadyuven al cumplimiento de los objetivos de la política demográfica de -- crecimiento natural.
- Asignación de metas para cada institución del sector salud, y de los sectores social y privado, considerando sus recursos humanos y materiales, y el desarrollo que su programa - haya tenido en el pasado.

Con base a lo anterior, se establece para 1988, que el 57.9% de las mujeres en edad fértil unidas usen algún método anticonceptivo para alcanzar una tasa anual de crecimiento natural de la población del 1.9% hacia finales de 1988 (Cuadro No. 1). A su vez, - la cobertura (porcentaje de usuarias con pareja estable) con respecto a mujeres en edad fértil, que fue el 30.2% y el 47.7% en 1976

y 1982 respectivamente, se fija el 57.9% para 1988 (Programa Nacional de Planificación Familiar 1985-1988, p.74).

Es importante considerar que las metas de orden cuantitativo que se establecen para 1988 tendrán mayores dificultades para cumplirse en relación a las propuestas en años anteriores, debido a - que la ampliación de la cobertura habrá de lograrse en un medio rural disperso y en zonas urbanas marginadas, ya que hasta el momento la disminución en el crecimiento demográfico se ha presentado - en las ciudades y en la población con niveles de vida medios y altos y que además han tenido más fácil acceso a los servicios de -- orientación sexual y planificación familiar, asimismo, este subprograma se enfrenta también a un problema de tipo cualitativo, representado por el hecho de incorporar a los sectores de población de más difícil acceso, por su arraigo a tradiciones culturales que -- obstaculizan la Planificación Familiar, como por su marginación -- del proceso de desarrollo socioeconómico.

Para definir los indicadores de evaluación y seguimiento del Programa de Planificación Familiar, la Secretaría del Consejo Nacional de Población (CONAPO), reunirá a los representantes de las instituciones que lo integran y tienen programas de Planificación Familiar (Programa Nacional de Planificación Familiar, 1985-1988, p. 77).

Es importante mencionar que hasta el momento el CONAPO, tiene resultados del Programa Nacional de Planificación Familiar hasta - el año 1989, motivo por el cual no es posible mencionar en este -- trabajo, la evaluación del Programa hasta la fecha, además de que no es el propósito de esta tesis.

2.4 El Programa de Planificación Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

2.5 Aspectos Generales.

La presentación de servicios de Planificación Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social se inició en 1967, como parte de un Programa de investigación de la regulación de la fertilidad, utilizando productos hormonales anticonceptivos. Se aplicó durante cinco años en las Unidades Médicas del Valle de México y estuvo dirigido a: mujeres con más de tres abortos inducidos. Martínez, (1979), comenta que como parte del Plan Nacional de Planificación Familiar, el programa se implementó bajo los siguientes lineamientos: "Con el fin de ampliar las prestaciones médicas y sociales -- que el área médica del Instituto Mexicano del Seguro Social brinda a sus derechohabientes y atendiendo a la demanda manifiesta de éstos para regular el número de su familia: en el mes de agosto de 1972, se iniciaron las actividades del Programa de Planificación Familiar Voluntaria, que consistía en proporcionar a través de los Servicios Médicos del Instituto, tecnología anticonceptiva actualizada, eficaz y adecuada, así como la información necesaria que permitiese que en forma consciente y voluntaria se utilizaran los reguladores de la fecundidad para beneficio real, individual, familiar y social" (p. 37).

Así en agosto de 1972, se estableció como parte de la Jefatura de Medicina Preventiva, el Programa de Planificación Familiar Voluntaria, que se implantó en un principio en cuatro Unidades Médicas del Valle de México, incorporando estos servicios a las prestaciones médicas para atender la creciente demanda de dichos servicios manifestada por mujeres con alto riesgo materno fetales y abortos inducidos.

Martínez, (1979), considera que el gobierno de la República "en su afán de procurar bienestar y salud a un amplio sector de la población del medio rural, dispuso en 1973, modificaciones a la Ley del Seguro Social que permiten incorporar cada día mayor número de mexicanos al Régimen de Solidaridad Social constituido por una red de servicios por medio de los cuales se proporciona el Programa de Planificación Familiar voluntaria en el medio rural". (p. 47).

En 1973, se amplió el programa a todas las Unidades del Valle de México y a 25 Delegaciones Estatales del Instituto Mexicano del Seguro Social, creándose 25 Unidades de Planificación Familiar para atender población no derechohabiente, (12 en el Valle de México y 13 en 4 Estados).

Los servicios de Planificación Familiar se ampliaron durante -- 1984 en todas las Delegaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social, con el establecimiento de las Unidades Médicas de Campo y Solidaridad Social como producto de la reforma de 1973 a la Ley -- del Seguro Social.

Simultáneamente, se inició un programa de adiestramiento para -- parteras empíricas en los hospitales del Instituto Mexicano del -- Seguro social, que estuvo a cargo de enfermeras instructoras de -- tiempo completo, con el fin de lograr su participación en el mejoramiento de la atención del embarazo, parto y puerperio.

El 29 de junio de 1978, se constituye e inaugura la Jefatura de Servicios de Planificación Familiar y a fines de 1980, se aprueba otorgar servicios de Planificación Familiar a toda persona que lo solicite sea o no derechohabiente. Al finalizar el año de 1981, el Programa de Planificación Familiar se encontraba integrado a las -- actividades de salud de toda la estructura de servicios médicos -- del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Objetivos.

Alarcón, (1986), menciona que congruente con el Plan Nacional del Programa del Instituto Mexicano del Seguro Social, consideró los siguientes objetivos:

1. Prevenir el embarazo no deseado, mediante el uso oportuno de métodos anticonceptivos.
2. Disminuir la frecuencia de abortos ilegalmente inducidos al incrementar la práctica de la planificación familiar y la prevención del embarazo no deseado.
3. Propiciar el mejoramiento de la salud materno-infantil, al disminuir los embarazos en condiciones desfavorables para la madre y el niño e incrementando la atención integral de los hijos adecuadamente espaciados.
4. A través de las acciones de Planificación Familiar, mejorar la calidad de vida del individuo, la pareja, la familia y la comunidad.
5. Contribuir al cumplimiento de la política y las metas demográficas nacionales, mediante la prestación de servicios de planificación familiar que permitan una mayor congruencia entre el incremento de la población y el desarrollo económico y social del país.
6. Mejorar el proceso de programación, información y evaluación de las actividades de planificación familiar en todo el sistema de servicios médicos.
7. Continuar la investigación biomédica, psicosocial y operacional, relacionada con la planificación familiar.
8. Incrementar y fortalecer la capacitación continua en planificación familiar, de los recursos humanos existentes y la

de nuevos recursos requeridos para satisfacer las necesidades y demandas de la población en este aspecto.

9. Mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar para el logro de una población mejor informada y más protegida con el uso de métodos anticonceptivos inocuos, - de mayor eficacia y continuidad.

Organización por Niveles.

Para dar cumplimiento a las bases de la programación, se delimitaron tres niveles de participación que forman parte de la organización del Instituto Mexicano del Seguro Social.

- En el Nivel Central, la Jefatura de Servicios de Planificación Familiar se encuentra integrada por equipos multidisciplinarios de personal médico, enfermería, de las disciplinas sociales y administrativo, que tienen entre sus funciones la emisión de las normas y elaboración de las metas del Programa, así como la realización de investigaciones y evaluaciones que reorienten las políticas de planificación familiar.
- En el Nivel Delegacional, está integrado por un asesor médico, quien supervisa, controla y evalúa el proceso del programa de las unidades médicas de su jurisdicción.
- En el Nivel Local, la responsabilidad es del director o encargado de cada unidad médica, con la participación de los prestadores de servicios responsables del cumplimiento del programa.

Metas.

Las metas establecidas para el Programa de Planificación Familiar

llar, se determinan con base a la población en edad fértil adscrita en cada unidad, así como a la fuerza de trabajo de cada servicio que participa en el Programa.

De acuerdo a lo anteriormente mencionado, la Jefatura de Servicios de Planificación Familiar establece en cuanto a las actividades educativas, el número de entrevistas que se deben realizar y el número de grupos que se deben formar por el personal de Trabajo Social y Enfermería.

En lo que se refiere al otorgamiento de servicios, los médicos familiares y ginecoobstetras, deben integrar al Programa, a todas las personas que demanden atención sobre planificación familiar, y a aquellas que previa valoración médica, presenten factores de riesgo reproductivo.

Aplicación.

Es necesario mencionar que actualmente las acciones del Instituto Mexicano del Seguro Social en relación a la planificación familiar se fundamentan principalmente en la valoración de riesgo reproductivo, entendido por la Jefatura de Servicios de Planificación Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, (1985), - como "el grado de peligro que tienen las mujeres en edad fértil como su producto, de sufrir enfermedad, lesión o muerte en caso de embarazo". (p. 1), por lo que es importante realizar actividades de promoción de la salud con las mujeres expuestas a embarazos, es decir, prevenir la morbilidad materna y perinatal mediante la detección y modificación de los factores patológicos en toda mujer en edad fértil no embarazada que pueden dar origen a gestaciones de alto riesgo y enfocar también la acción hacia la protección específica de la salud, mediante la indicación médica de regulación temporal o definitiva de la fecundidad.

Entre los factores de riesgo reproductivo que son considerados por la Jefatura de Servicios de Planificación Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, (1985), se pueden mencionar:

Antecedentes Generales. Entre estos, se hayan las siguientes características de una mujer en edad fértil: edad, intervalo intergestacional, peso corporal y multigravidez.

Antecedentes Patológicos Obstétricos. Son los eventos en la historia reproductiva de una mujer que pueden asociarse a un hecho desfavorable para la salud materna, fetal o neonatal en un siguiente embarazo como: aborto, muertes fetales o neonatales, toxemia, prematuridad, anomalías congénitas, cesáreas y las complicaciones hemorrágicas del embarazo y del parto.

Antecedentes Personales Patológicos. Estos están constituidos por padecimientos generalmente de carácter crónico degenerativo -- que están asociados con la morbilidad materna, fetal o neonatal como: diabetes, cardiopatías, enfermedad vascular hipertensiva y enfermedad renal crónica.

La prestación de los servicios está a cargo de equipos específicos integrados por un ginecoobstetra, médicos familiares, trabajadoras sociales y enfermeras. Para ello, se capacita previamente al personal involucrado en el Programa.

Alarcón, (1986), manifiesta que el Instituto Mexicano del Seguro Social, se encuentra muy interesado en la capacitación específica de sus recursos humanos, y para ello, ha desarrollado cursos de capacitación, con la utilización de paquetes didácticos, tales como:

- Paquetes para adiestramiento en servicio. Se utilizan para desarrollar cursos de capacitación teórico-práctico, dirigidos al personal en servicio, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y asistentes médicas. Se imparten dentro de los horarios de trabajo

y en la propia unidad de adscripción.

- Paquetes de capacitación continua. Se utilizan para desarrollar cursos de capacitación teóricos que tienen una duración aproximada de 40 horas, impartiendo también a médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y asistentes médicas, provenientes de diferentes unidades y se realizan en unidades médicas de concentración.

- Paquetes para sesiones generales. Se utilizan para presentar, analizar y discutir temas relativos al Programa de Planificación Familiar. Estas sesiones tienen una orientación multidisciplinaria, toda vez que se imparten al personal médico, trabajadoras sociales, enfermeras, asistentes médicas, administrativos, pasantes de medicina, trabajo social y de enfermería en servicio social.

En los cursos se imparten aspectos referentes a la importancia de la comunicación en Planificación Familiar como lo establece Johnson, (citado por Mansur, 1986), que la comunicación en Planificación Familiar se encuentra enfocada a informar verazmente a la población sobre la metodología anticonceptiva, sus acciones están dirigidas a describir los métodos anticonceptivos para mostrar sus ventajas como sus desventajas, con el fin de que cada persona o pareja seleccione el método que esté más de acuerdo con sus intereses, considerando su estado de salud, sus tradiciones y sus necesidades.

Mansur, (1986), manifiesta que la regulación de la fecundidad, no solo consiste en decidir si se desean uno, dos o más hijos, o incluso no tenerlos. Es necesario que se consideren otros factores: la salud de la madre y de los hijos, las posibilidades de atenderlos y de proporcionarles las oportunidades necesarias para estudiar, así como las que la mujer y el hombre se incorporen al mercado de trabajo en circunstancias que rebasen, en la medida de lo posible, los mínimos de subsistencia.

Por otra parte, Marri, (citado por Mansur, 1986), sustenta -- que "las acciones de comunicación en Planificación Familiar son pilares esenciales del Programa, ya que constituyen el enlace entre los servicios y los usuarios actuales y potenciales". (p. 385).

Con esta comunicación, que es parte del servicio, la pobla--- ción obtiene el conocimiento tanto de su existencia y funcionamien--- to como de los beneficios que el programa ofrece. Es decir, informa de las repercusiones potenciales que este programa tiene en el estado general de la salud de las usuarias, así como de los lugaa--- res donde se prestan estos servicios.

El Instituto Mexicano del Seguro Social ha utilizado los me--- dios de comunicación social para sensibilizar a la población sobre los servicios del programa, específicamente la radio y la televi--- sión, en el medio rural los mensajes son traducidos a lenguas indí--- genas. Asimismo, se han elaborado distintos materiales impresos y audiovisuales (folletos, rotafolios, carteles, series de diapositi--- vas, muestrarios), como un complemento para la labor educativa en planificación familiar. Estos materiales apoyan el trabajo inter--- personal de los prestadores de servicios con los usuarios al pro--- porcionarles diversas experiencias dirigidas a facilitarles la com--- prensión y la asimilación de la información presentada.

Monsiváis, (citado por Mansur, 1986), afirma que, "México es uno de los países del mundo en que se consumen más historietas y - fotonovelas por habitante. Estas constituyen la piedra angular de la cultura popular junto con la televisión y la radio. La historie--- ta representa para millones de mexicanos, quizá, la única relación con la letra impresa". (p. 390).

Al observar la aceptación y el impacto de este medio de comu--- nicación social en la población, la Jefatura de Servicios de Plani--- ficación Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, elaboró una serie de historietas educativas sobre planificación fami---

liar y metodología anticonceptiva. Esta serie educativa, editada en formato comercial, muestra distintos modelos que promueven el diálogo entre la pareja, el papel del hombre y el de la mujer en la decisión de regular su fecundidad, el respeto a la persona, la responsabilidad ante la propia conducta y la participación de la comunidad en la resolución de los problemas sociales. Las historias educativas han tenido éxito como apoyo a las actividades de promoción educacional del programa, y han sido ampliamente aceptados por los usuarios.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, utiliza la comunicación interpersonal y la masiva, con una marcada inclinación hacia la primera.

La visita domiciliaria, la charla informal, la consulta médica y las sesiones en grupo, se aprovechan para realizar la promoción.

Esta forma de comunicación ha resultado idónea para establecer el acercamiento de los prestadores de servicios, para estimular que intercambien ideas, detectar obstáculos que dificulten la adopción de la práctica anticonceptiva, aclarar los conceptos erróneos y modificar sus actitudes negativas. Se considera a la relación del personal de salud con los usuarios uno de los factores en los que radica la fuerza del programa, ya que de acuerdo con Rogers (citado por Mansur, 1986), "la experiencia y la investigación realizadas en el campo de la influencia social y la comunicación personal muestran que el contacto directo establecido entre el personal de salud y el usuario facilitan la adopción de la práctica anticonceptiva y por lo tanto, la modificación de los patrones de conducta reproductiva". (p. 392).

Mansur, (1986), señala que en el Instituto Mexicano del Seguro Social, desde sus inicios, el Programa de Planificación Familiar fue ampliamente aceptado, gracias al contacto que los agentes

de cambio establecieron en las comunidades. Esta aceptación se ha debido a que la prestación de servicios de Planificación Familiar ha satisfecho las necesidades y demandas existentes en las comunidades. Sin embargo, independientemente de esta situación, los prestadores de servicios se han desempeñado como comunicadores efectivos, al ser percibidos por los usuarios como fuentes de alta credibilidad.

La influencia social que el personal de salud ejerce radica en su profesionalismo, obtenido mediante su preparación técnica y su experiencia.

Con base a lo anterior, y de acuerdo a sus normas de trabajo, el personal prestador del servicio de planificación familiar, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, tiene la responsabilidad de orientar con oportunidad y eficacia a la población que demande esta atención. Las actividades de promoción educativa, corresponde realizarlas a las trabajadoras sociales y a las enfermeras, quienes se encargan de formar grupos de personas a las que les imparten pláticas sobre el concepto de planificación familiar, beneficios de la misma, metodología anticonceptiva y factores de riesgo reproductivo.

Asimismo, realizan entrevistas individuales, en donde a través de un interrogatorio específico sobre factores de riesgo reproductivo detectan a las mujeres en edad fértil no embarazadas que tienen alguno(s) de esos factores y les informan sobre la conveniencia de evitar un embarazo de alto riesgo y proteger su salud, mediante el uso de métodos anticonceptivos de alta eficacia. Estas actividades las efectúan utilizando material audiovisual.

Las personas que reciben orientación sobre planificación familiar y desean utilizar un método anticonceptivo hormonal, son derivadas por la trabajadora social o la enfermera con el médico familiar y las que desean dispositivo intrauterino son enviadas con el

médico ginecoobstetra, en ambos casos, previa valoración médica de cada paciente, los médicos son responsable de prescribir el método anticonceptivo que sea más adecuado a cada persona y llevar un control de la misma.

En los casos en que las personas desean un método anticonceptivo definitivo interviene principalmente la trabajadora social, - quien proporciona una amplia explicación sobre el método, haciendo hincapié en que es irreversible, estos casos se derivan con el médico familiar quien expide un pase para cirugía al Hospital General de Zona correspondiente.

En las unidades hospitalarias también se realizan actividades de promoción y de protección anticonceptiva principalmente en los casos de postparto y postaborto.

Registro e Información.

Las actividades de promoción educativa realizadas por las trabajadoras sociales y las enfermeras son registradas en formatos específicos. En uno de ellos se consignan las entrevistas para valoración de riesgo reproductivo (Anexo 1), otro se refiere a las actividades realizadas con grupos (Anexo 2).

Estos registros elaborados por las trabajadoras sociales y las enfermeras, al finalizar cada mes, son entregados a su jefe inmediato, quien es responsable de realizar un concentrado general, (Anexo 3) y (Anexo 4), e informar al Director de la unidad médica.

Los médicos familiares y médicos ginecoobstetras, también registran sus actividades en formatos específicos (Anexo 5), en donde se consigna el método anticonceptivo prescrito a cada paciente, al final del mes, el codificador informa al Director de la unidad médica sobre el tipo y número de métodos anticonceptivos otorgados.

El Director de la unidad médica, informa mensualmente a la Delegación del Instituto Mexicano del Seguro Social, correspondiente, sobre el resultado de las actividades que se efectúan en relación al Programa de Planificación Familiar, y cada Delegación del Instituto Mexicano del Seguro Social, realiza un concentrado y análisis de las actividades mencionadas anteriormente, de las unidades médicas que están bajo su jurisdicción y rinde informe mensual a la Jefatura de Servicios de Planificación Familiar. Esta elabora el concentrado nacional.

Evaluación.

Desde el inicio del Programa de Planificación Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro social en 1972, hasta el año 1980, - la evaluación del programa se llevó a cabo por parte de la Jefatura de estos servicios al nivel central, con base en la concentración y análisis estadístico de los informes de actividades enviados mensualmente por cada una de las Delegaciones del Instituto en el país, así como en el análisis de los resultados de las visitas de supervisión realizadas por equipos de personal del nivel central.

Este análisis estadístico, hasta la fecha, se efectúa mensualmente en cortes trimestrales, semestrales y anuales, y se retroinforman a cada Delegación, con los datos de todas las Delegaciones del país.

Con el objeto de promover y dar oportunidad al personal aplicativo de participar en la evaluación del programa, en 1981 se iniciaron reuniones delegacionales y zonales de análisis y evaluación de las actividades de planificación familiar en todo el país.

A las reuniones delegacionales asiste el titular de la Jefatura de Planificación Familiar y su equipo directivo y las autoridades

des del nivel Delegacional, incluido el personal asesor de planificación familiar, directores de unidades médicas, grupos de médicos familiares, ginecoobstetras, enfermeras y trabajadoras sociales.

En diálogo abierto, se analizan los logros obtenidos en el programa a nivel Nacional y de la Delegación correspondiente, así como los resultados de las encuestas y otros estudios especiales presentados por el personal del nivel Central y las experiencias, problemas operativos y sugerencias de solución manifestadas por los asistentes.

En las reuniones zonales, el personal asesor de la Jefatura lleva el análisis de resultados desglosando por unidades médicas, para ser analizados a su vez, por los Directores y equipos de salud de dichas unidades.

Los resultados a la fecha muestran que además de una participación cada vez más amplia y rica en experiencias y sugerencias de parte de los asistentes, se hace también cada vez más frecuente el que los Directores de unidades y los propios médicos prestadores de servicios, lleven a la reunión documentación relativa a la evaluación de diversos aspectos de sus propias actividades.

2.6 Métodos de Planificación Familiar.

En este capítulo sólo se describirán los métodos anticonceptivos utilizados por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Preservativo o Condón.

Ruiz, (1979), menciona que el preservativo o condón es una cubierta en forma de saco elástico que se coloca sobre el pene antes del acto sexual y retiene el semen eyaculado, previene de esta forma su depósito en la vagina y por lo tanto el embarazo.

Terminando el acto sexual se retira el pene sujetando el preservativo por la base a fin de que el semen no se deposite accidentalmente en la vagina.

Es necesario que para cada relación sexual se use un nuevo preservativo.

La mayoría de los preservativos o condones se manufacturan en latex en diversos colores, tamaños y formas, lubricados y no lubricados.

Es económico, fácilmente adquirible y con una buena efectividad. Debe ser considerado y utilizado como el método anticonceptivo ideal para las relaciones sexuales esporádicas.

El Dispositivo Intrauterino.

El dispositivo intrauterino es un artefacto que se coloca en el útero, está diseñado principalmente de material plástico o metal y existe en una gran variedad de formas y tamaños.

La Coordinación Nacional de Planificación Familiar considera que para el uso requiere de la indicación y aplicación por parte del médico, ya que existen contraindicaciones como en los siguientes casos:

Infección pélvica, embarazo, cervicitis aguda, metrorragia, endometriosis, miomatosis-poliposos, malformación uterina, alergia al cobre, anemia.

Según Ruíz (1979), los dispositivos intrauterinos actúan de la siguiente manera:

a) Modifican, alteran o destruyen a los espermatozoides, ami-

noran la posibilidad de su ascenso a los genitales superiores, evitan por lo tanto, que alcancen al óvulo y lo fecunden.

- b) Aumentan la contracción del músculo uterino, lo que evita el ascenso de los espermatozoides, así como la anidación en la matriz de un huevo que pudiera haber sido fecundado.
- c) Modifican el endometrio, lo que imposibilita que el huevo sea recibido y nutrido en ese lugar.

Existen dos tipos de dispositivo intrauterino: inertes y activos. Los inertes sólo están compuestos por plástico y su efecto es meramente mecánico y los activos además del material con el que son fabricados se les agregan metales u hormonas que aumentan su potencial anticonceptivo.

Cuando la mujer desee un embarazo, debe acudir con el médico para que extraiga el dispositivo intrauterino.

Método Hormonal.

En este tipo de método anticonceptivo se considera la píldora. Ofrecen gran efectividad, requieren de prescripción y control médico para su utilización debido a que existen numerosos preparados y formas de administración, lo que hace variar su mecanismo de acción.

La anticoncepción hormonal provoca alteraciones a nivel de diversos órganos. Algunas de estas alteraciones no tienen mayor significado, pero otras pueden convertirse en serias complicaciones que pueden llevar a graves problemas de salud.

La Coordinación Nacional de Planificación Familiar manifiesta que las contraindicaciones de la anticoncepción hormonal se han di

vidido en absolutas, relativas, mayores y otras, las cuales se mencionan a continuación.

Absolutas: enfermedades tromboembólicas, accidentes vascular cerebral, disfunción hepática, cáncer mamario o genital, embarazo.

Relativas mayores: migraña, hipertensión, diabetes, enfermedad biliar, postparto, metrorragia, falciformismo.

Otras: várices, cardiopatía, nefropatía, fibromas, epilepsia, depresión.

Métodos Definitivos

Ruiz, (1979), sostiene que "los métodos definitivos son aquellos que interrumpen la continuidad del aparato genital en el hombre o en la mujer, por lo tanto, impiden la reproducción, produciendo esterilización permanente", (p. 173).

En el hombre el método anticonceptivo definitivo se denomina vasectomía, la que consiste en el corte y ligadura de los conductos deferentes para que el semen esté compuesto sólo por líquido seminal, sin espermatozoides y aunque se produzca normalmente la eyaculación, ésta será sin las células germinativas y por lo tanto no habrá fecundación.

El varón con vasectomía no tiene esterilidad inmediata, requiere de control médico a través de exámenes de laboratorio (espermatobioscopia) que demuestren ausencia de espermatozoides ya que en las vesículas seminales pueden estar por largo tiempo conservando su vitalidad aunque ya no lleguen más de los testículos, por lo que la pareja debe usar algún método anticonceptivo temporal hasta que el médico así lo indique.

Es importante señalar que se debe proporcionar información amplia al paciente sobre en que consiste la intervención y hacer hincapié en que es irreversible.

En la mujer el método definitivo se conoce como oclusión tubaria o salpingoclasia, la cual consiste en seccionar y cerrar los extremos del corte en las trompas de falopio para evitar que ejerzan sus funciones de recoger del ovario al óvulo, y para impedir la unión del espermatozoide y del óvulo.

Ruíz, (1979), considera que es más aconsejable hacer la oclusión tubaria en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Cuando se va a efectuar alguna operación ginecológica o abdominal distinta a la oclusión tubaria o salpingoclasia. Se considera pertinente realizarla porque se aprovechan la anestesia y el acto quirúrgico para hacer la esterilización, lo que no ocasiona ningún riesgo extra a la operación programada.
2. Posterior a un parto, cesárea o aborto, porque se aprovechan la anestesia del parto o del legrado.
3. Cuando se trata de una intervención planeada exclusivamente para esterilizar a la mujer, es más conveniente efectuarla después de la menstruación porque la pelvis está menos congestionada de sangre y además se tiene la certeza de que la mujer no está embarazada. Cualquiera que sea el momento escogido para hacer la operación, lo más importante es que la persona esté convencida de que es lo que desea, ya que es un procedimiento irreversible.

2.7 Logros.

Tomando como marco de referencia, el informe al H. Consejo -- Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social, sobre el Programa de Planificación Familiar, presentado en Marzo de 1988, por la Jefatura de Servicios de Planificación Familiar, se describen a -- continuación algunos de los logros obtenidos respecto al impacto del Programa en la población femenina en edad reproductiva, amparada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, se menciona la -- posibilidad de que la protección anticonceptiva de las tasas de -- parto y aborto; lleguen en 1987, a una tasa de 25.59 partos y 2.44 abortos; estimandose que en 1986, se lograría su disminución a -- 24.85 y 2.37 respectivamente.

Se observó asimismo, un incremento de la protección anticonceptiva en las mujeres atendidas por complicaciones del aborto -- que en 1983 fue de 26.0% y del 46.30% proyectado para 1988.

En cuanto a la proporción en que son utilizados los métodos anticonceptivos quirúrgicos, se encontraba previsto que durante -- 1988, se reduciría el uso de métodos anticonceptivos hormonales al 0.4% correspondiendo la protección anticonceptiva postparto a un 70% de dispositivo intrauterino y el 29.6% a métodos quirúrgicos. Se ha observado que hasta el mes de marzo de ese mismo año, la proporción en que los métodos quirúrgicos han sido utilizados es del 16%, lo que plantea la posibilidad de que al término del año se logre el 29.6% proyectado, sin embargo, hasta el momento actual, (-- agosto, 1989), no se cuenta con la información que permita determinar si se logró o no el cumplimiento de esa meta.

Con el fin de conocer algunos de los logros del Programa, se realizó durante 1985, un estudio de costo-beneficio, habiendo inferido que el número de embarazos no ocurridos atribuibles a la protección anticonceptiva proporcionada a la población adscrita a las unidades del régimen ordinario del Instituto Mexicano del Seguro -- Social, fue de 456 500 en el año de 1983, y se incrementó a --

708 456 en 1987, cifra que superó en este último año, al número de partos y de complicaciones de aborto atendidos en la Institución.

Asimismo, se menciona un cambio cualitativo en el enfoque de la salud y del riesgo reproductivo relacionado con la promoción y la prestación de los servicios de Planificación Familiar, a partir de 1983.

Además de la información referida con anterioridad, el documento consultado, no contempla otros resultados, por lo que quedan algunos puntos pendientes por evaluar, como podrían ser: ¿En qué medida ha sido incorporado el varón al Programa de Planificación Familiar?, ¿En qué grupos de edad ha tenido mayor impacto el Programa?, ¿Qué limitaciones ha tenido el Programa durante su desarrollo?.

CUADRO No. 1

COBERTURA SEGUN DISTINTAS DEFINICIONES
1983 - 1988

TIPO DE COBERTURA	1983	1984	1985	1986	1987	1988
USUARIAS UNIDAS M.E.F.U.	50.6	52.1	53.6	55.1	56.6	57.9
U. UNIDAS DE METODOS EFECTIVOS M.E.F.U.	44.7	46.4	48.2	49.9	51.7	53.3
USUARIAS DE METODOS EFECTIVOS M.E.F.	28.8	30.1	31.5	32.9	34.4	35.8
USUARIAS M.E.F.	32.5	33.8	35.1	36.3	37.7	38.9

FUENTE: ESTIMACIONES REALIZADAS POR LA DIRECCION GENERAL DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA.

**CAPITULO 3 DIFERENTES PROCESOS PSICOSOCIALES QUE SE RELACIONAN
CON LA PRACTICA DE LA OCLUSION TUBARIA**

CONTENIDO:

- 3.1 Aspectos Psicosociales de la Anticoncepción
- 3.2 Análisis de cuatro de las Investigaciones realizadas en México al respecto.

CAPITULO 3. DIFERENTES PROCESOS PSICOSOCIALES QUE SE RELACIONAN CON LA PRACTICA DE LA OCLUSION TUBARIA.

3.1 Aspectos Psicosociales de la Anticoncepción.

La familia constituye la unidad en la que se dá la conducta reproductiva del hombre, por ello, se hace necesario estudiar la anticoncepción en su relación con ella.

El papel que tradicionalmente ha asumido la mujer en el seno de la familia, consiste en la realización de labores domésticas, dedicándose al cuidado de los hijos, en la actualidad en algunos grupos urbanos es socialmente aceptable que la mujer estudie, trabaje y se realice en otros campos, aún cuando no existen las condiciones para que su función como madre, esposa y ama de casa no resulte afectada al dedicarse a otro tipo de actividades.

La Planificación Familiar significa un recurso ya que permite a la mujer: tener hijos y por otra parte no llenarse de ellos sin poder evitarlo.

La influencia social constituye un elemento clave para determinar el tamaño "ideal" de las familias, por ello conviene conocer las expectativas que al respecto existen antes de intentar cualquier modificación. Se ha encontrado que en algunas sociedades donde la religión juega un papel primordial, las parejas han manifestado desear un mayor número de hijos a diferencia de otras regiones como China Socialista en donde se fomenta la familia pequeña. (Leñero Otero, 1977, p.41).

El aspecto económico interviene también para determinar el número ideal de hijos, se ha observado que al manifestarse en los países crisis económicas significativas, la natalidad tiende a disminuir. Por otra parte, la bonanza económica implica a su vez un mayor grado de educación y el uso más amplio de anticonceptivos --

como se manifestó en Estados Unidos después de la Primera Guerra Mundial. No obstante lo anterior, no se puede establecer una relación causal entre ingresos económicos y Planificación Familiar ya que en la realidad las mujeres pobres tienen más hijos que las ricas y no se ha encontrado diferencia significativa en cuanto al deseo de tener hijos entre unas y otras.

Existe una tendencia más reciente que reconoce que el número y espaciamiento de los hijos es un asunto que sólo concierne a las parejas y que son estas quienes tienen el derecho a decidir de acuerdo a sus deseos y circunstancias particulares el tamaño de su familia.

Aun cuando resulta frecuente que las parejas recurran a razones de tipo económico para explicar la limitación del tamaño de su familia, es factible que se trate de encubrir otras razones menos aceptables socialmente que a las personas no les gusta mencionar. La conducta de evitar tener hijos es en muchos casos socialmente rechazada, ya que por pautas culturales el tener hijos se interpreta como indicador de virilidad, madurez sexual, potencia, capacidad de reproducción, responsabilidad, falta de egoísmo, los hijos representan un acontecimiento socialmente deseable y en las áreas rurales una fuente de sobrevivencia familiar y un recurso futuro para apoyar la vejez de los padres.

Entre los motivos que determinan el tener o no hijos se encuentran los que Pohlman (1974), identifica como costos y que se refieren a los siguientes:

Costos Sociales.

Los hijos pueden representar indirectamente una limitación para que los cónyuges continúen sus estudios, estén en condiciones de viajar, participen frecuentemente en actividades sociales, cambien de un trabajo a otro y asistan a eventos recreativos a donde

no está permitida la entrada a niños, así como existen algunas parejas que aceptan de buen grado estos pequeños sacrificios, hay - otras en cambio, a quienes cuesta trabajo adaptarse a su nueva situación y añoran la libertad perdida.

Pratt y Whelpton (1956) al realizar una investigación con parejas en Estados Unidos encontraron "una relación directamente proporcional entre las actividades que estos desempeñaban fuera del hogar y un mayor interés y gusto que manifestaban por sus hijos; - tenían menos hijos, pero un mayor interés y gusto por ellos".

Siegel y Hass (1963), por su parte, descubrieron que aún cuando el status socioeconómico sea constante, las madres que trabajan tienen menos hijos.

Costos Psicológicos.

Generalmente se acepta que los hijos inspiran en los padres - sentimientos de afecto, alegría, comprensión, protección, etc. sin embargo, en algunos casos estas emociones se tornan ambivalentes - por lo que los niños pueden constituirse en fuente de conflicto -- entre los cónyuges sobre todo cuando no se ponen de acuerdo en - - cuanto a la manera en que deben ser educados o cuando indirectamente se dirige hacia ellos la agresión destinada al cónyuge; o es la mujer quien lleva la mayor responsabilidad del cuidado y educación.

Otras razones más profundas por las que los padres limitan el nacimiento de los hijos se refieren a: confusa identificación del papel desempeñado por el sexo, conflictos no resueltos de la niñez que implican odio a un padre o hermano (Lakin, 1957), Benedek (1949) falta de autoestima (Sears et al. 1957), ansiedad (FGMA 1971) y -- conformidad a las esperanzas de otros.

Al referirse a los costos que los hijos pueden representar --

para la pareja, se menciona por ejemplo, que en algunas culturas - se limitan o prohíben las relaciones sexuales durante parte o todo el embarazo. (Ford, 1945, Nay, 1962).

En cuanto al deseo de relaciones sexuales por parte de las mujeres embarazadas, en un estudio realizado por Pleshtte y otros. - (1956), se detectó que el 50% de las entrevistadas manifestaron no percibir ningún cambio en ese sentido, una cuarta parte informó un menor deseo por las relaciones sexuales y una sexta parte reportó un aumento. En otra investigación similar se encontró en 212 parejas de estudiantes una disminución marcada del deseo sexual reportado por las parejas a medida que avanzaba el embarazo.

Landis, Poffenberger (1950), al igual que los ginecólogos - Rutherford, Banks y Coburn (1962), opinan que el temor al embarazo produce en algunas mujeres frigidez por lo que las relaciones sexuales no les resultan placenteras.

Como resultado de los estudios efectuados por Landis (1950) - para comparar el grado de disfrute sexual manifestado por las parejas antes y después del embarazo fué posible conocer que el 58% de las personas estudiadas menciono no haber sufrido ningún cambio, - aproximadamente la cuarta parte informó experimentar después del - embarazo un cambio desfavorable, el 17% de las esposas y el 19% de los varones comentaron un cambio favorable. Quienes reportaron un mal ajuste sexual como consecuencia del embarazo, lo atribuyeron - al aumento de la responsabilidad que conlleva la paternidad, así - como el que la esposa dedicara más tiempo al cuidado del niño y es tuviese frecuentemente cansada para el disfrute sexual o disminuye se su deseo por este tipo de actividad.

Otros investigadores como Blood y Walfe (1960), han planteado que a medida que se tienen más hijos, la pareja evita la actividad sexual por el exceso de trabajo que esto representa, puede ocurrir que se sientan menos atractivos para sus cónyuges, o que el hogar

resulte inadecuado y poco propicio para las relaciones sexuales a causa de los hijos ya que en ocasiones puede existir hacinamiento y se dificulta lograr intimidad o privacidad por parte de los padres.

Entre los factores mencionados con más frecuencia por los investigadores como motivos para tener hijos están:

1. El "instinto maternal" que presupone en la reproducción y crianza una satisfacción intrínseca. Deutsch (1945).
2. En algunas sociedades el nacimiento de los hijos se traduce en virilidad, madurez sexual, potencia y capacidad de reproducción, significando por otra parte una fuente de ingresos económicos al crecer los hijos y por ello una seguridad para los padres.
3. Desde el punto de vista psicoanalítico la presencia de un hijo se interpretaría como una necesidad de extender el ego y de trascender en el tiempo y en el espacio.
4. Se menciona también, el agrado por convivir e interactuar con los niños como otro factor, así como buscar un hijo de un sexo determinado o por considerar que así los hijos ya existentes estarán más contentos o acompañados.
5. Se menciona además un motivo instrumental que consiste en utilizar al hijo como un medio para lograr un fin. Rabin y Greene (1968).

Otro enfoque como el de Hoffman y Hoffman (1973), refiere que el valor de un hijo es multidimensional y que existen diversos factores que influyen en las actitudes, creencias y conductas relacionadas con la decisión de concebir o no concebir un hijo.

Rainwater (1965), al analizar las razones que los individuos manifestaron para decidir tener una familia pequeña o numerosa encontró una norma capital que se refería a ideas como: "no se deben tener más hijos que aquellos que se pueden mantener, pero si se deben tener todos los que se puedan mantener pues lo contrario sería considerado por los demás como una expresión de egoísmo, de mala salud o de neurosis y en el caso de tener más de los "recomendables" constituye un rasgo de irresponsabilidad o indisciplina".

Para conocer y encausar la conducta reproductiva del ser humano es preciso tener en cuenta no solo su manifestación biológica sino también su implicación social y cultural, por ello la fecundidad y anticoncepción deben ser abordadas considerando los factores sociofamiliares que las producen y a partir de los cuales se presentan o no.

En un trabajo publicado por Leñero (1977), se analizan los diferentes significados que para distintos tipos de familias puede tener la anticoncepción, resaltando el autor que no puede hablarse de un solo tipo de familia mexicana sino de una tipología plural - en donde la anticoncepción tiene diversos sentidos, así por ejemplo, para las familias de clase popular y subproletarias las necesidades y los problemas más apremiantes radican en la subsistencia, alimentación y vivienda; en tanto que las clases medias y altas cuentan entre sus principales necesidades la de asegurar su equilibrio psicológico y de status social, por lo que no tener hijos puede significar para algunos la carencia futura de ayuda económica y compañía y para otros, la oportunidad de mantener el equilibrio conyugal y emotivo.

En base al estudio mencionado las familias en México presentan características como las siguientes: el 35% de ellas pertenece a sectores marginados, el 33% corresponde a la clase económicamente baja, el 26% al estrato medio y un 6% a la clase alta. El 8% de las familias poseen una cultura definida como arcaica o folk y un 20%

tiene una cultura tradicional, en ambas se considera excluida la posibilidad de practicar la anticoncepción, en el 60% de las familias que refieren una cultura entre tradicional y moderna la anticoncepción tiene la misma probabilidad de ser aceptada y rechazada en forma más o menos simultánea y en el 12% de las familias con factores culturales modernos se le augura un mayor éxito.

El modelo de la familia conyugal en el que tiene mayor importancia la relación entre esposos predomina como ideal entre la clase media con una cultura modernizante, pero es al parecer el modelo de la familia consanguínea el que priva en nuestra sociedad en donde la anticoncepción no dependerá sólo de la decisión de los esposos sino que estará influida también por los diversos parentescos con poder familiar.

En relación al ciclo de desarrollo de las familias, se distingue que para una familia joven, recientemente constituida, en etapa procreativa, la anticoncepción significa planear su reproducción futura, en cambio para familias en etapas mediana, avanzada o final, representa regular la reproducción ya existente o el término de su fertilidad. En tales condiciones los métodos anticonceptivos para unas y otras deben ser diferentes al igual que sus motivaciones y requerimientos biológicos y psicosociales.

Es importante tomar en cuenta además que la anticoncepción -- tiene un significado para la pareja directamente involucrada y -- otro para el núcleo familiar al que pertenece, lo que explicará en muchos casos la inconstancia en el uso de anticonceptivos que se refleja en las tasas de continuidad de los Programas de Planificación Familiar medidas en períodos mayores de dos o tres años.

Entre los elementos que contribuyen a explicar los cambios surgidos en los últimos años en los niveles de la fecundidad se encuentran las actitudes que se relacionan con el tamaño de la familia.

Durante la década de los setentas se planteaba que un cambio de actitud estaría directamente relacionado con la disminución de la fecundidad de la población, en particular de los grupos rurales y de los estratos socioeconómicos bajos. Suponiendo que el cambio de una familia grande a una chica determinaba el cambio de una posición irracional a una racional. Con este tipo de interpretaciones se realizaron estudios sobre las actitudes y motivos relacionados sobre el tamaño de la familia, así se obtuvieron resultados entre los que se encuentran los siguientes:

Stycos (1965), reportó que entre las mujeres de zonas rurales y los estratos bajos del Perú y Puerto Rico se manifestaba una preferencia hacia las familias pequeñas. Simmons (1969), por su parte informó que la población de grupos sociales rurales y semiurbanos de Perú, Costa Rica, México y Colombia se encuentran en situación de transición de una actitud tradicional en cuanto a la preferencia por familias grandes a una actitud moderna en donde se prefieren las familias pequeñas; dando como resultado la existencia de actitudes ambivalentes ya que encuentran ventajas y desventajas -- tanto a las familias pequeñas como a las grandes.

En la encuesta de fecundidad rural realizada en México durante 1969, las entrevistadas refirieron que la familia grande tenía entre sus ventajas el proporcionar suficientes elementos de apoyo para el desempeño del trabajo (sobre todo agrícola) pero debe enfrentar la situación económica que le impide lograr los satisfactores que requiere una familia grande.

En otros grupos agrícolas y suburbanos en que no se cuenta con los satisfactores necesarios, se manifestó la necesidad de los hijos como elementos para proteger la vejez "con muchos hijos alguno sale bueno y cuando esté ya uno viejo y ya no pueda trabajar -- pues ese se hace cargo".

Los grupos entrevistados consideraron a la familia pequeña --

como aquella que tenía como promedio cinco hijos y a la grande -- diez.

En 1984 se realizó un estudio en un grupo suburbano y uno - - agrícola del Estado de Guanajuato, en el módulo de actitudes y motivos se observó un aumento de la actitud favorable hacia la familia pequeña. Los integrantes de estos grupos, consideraron el tamaño de la familia pequeña entre 3 y 4 hijos promedio y el de la - - grande entre 6 y 7 hijos, correspondiendo el número "ideal" de hijos entre 4 y 5, en contra de la posición y el mensaje oficial que plantea el "ideal" entre 1 y 2 hijos. Asimismo en investigaciones sobre el tamaño de la familia y el ingreso se ha demostrado que -- para los grupos que tienen un nivel de vida un poco más alto, la - familia pequeña no está en relación con mayor ingreso. En las últi - mas encuestas se han encontrado fuertes disminuciones de la fecundidad en los distintos grupos sociales de la población mexicana, - sin embargo, permanece a niveles altos en aquellos donde los elementos de las preferencias aún identifican algunas ventajas y desventajas a las familias grandes, por lo que no resultaría muy conveniente insistir en reducir el número de hijos en los casos en -- que estos representan una fuente de sobrevivencia familiar presente y futura de ciertos grupos sociales como los del área rural.

La práctica anticonceptiva no puede evaluarse solo por los -- criterios de eficiencia tecnológica, para determinar que método -- resulta más efectivo para evitar el embarazo y/o conocer sus efectos colaterales respecto a la salud de los usuarios; importan también sus efectos en la vida psíquica y social de la familia, aún - cuando desgraciadamente estos últimos efectos han sido poco estudiados o tratados con menor profundidad por los programas de Planificación Familiar, concediéndose mayor importancia a las consecuencias demográficas y de salud.

Con frecuencia se plantean algunas hipótesis esbozadas en las

investigaciones de diversos autores como las siguientes:

"Supuestamente, la anticoncepción reduce las tasas de natalidad, y por lo tanto, da lugar a una familia menor, pero el efecto se hace relativo cuando la anticoncepción se convierte en un método eventual, repetido por periodos muy cortos. En tal caso el impacto demográfico es muy pequeño e inclusive pudiera ser que a la larga al ampliarse el intervalo entre los embarazos se incremente la natalidad". (Leñero, 1977, p. 19).

Puede producirse también un fenómeno de crecimiento familiar sin aumento correlativo de natalidad cuando las familias integran a otros adultos a su composición como en el caso de las familias marginales urbanas o de los hijos sin recursos que forman su núcleo conyugal en la familia paterna.

La anticoncepción parece estar asociada con la no migración - en mayor medida que con la migración. Cuando se practica la anticoncepción, posiblemente disminuye la tendencia a emigrar y viceversa, quienes emigran tienen menor tendencia a la anticoncepción.

Zárate y Martínez Zenteno (1972) al igual que Miro y Rath (1971), han demostrado que los emigrantes y sus padres tienen un promedio mayor de hijos que los que no emigran.

Otra hipótesis sustenta que al no tener la familia la presión que provocan los nacimientos sucesivos la anticoncepción puede retardar el matrimonio de los hijos mayores, pero también se dice que favorece las uniones tempranas en el caso de los solteros jóvenes sin que exista evidencia de que esas parejas retarden necesariamente por mucho tiempo el embarazo ya que en base a las encuestas se ha conocido que aún entre usuarios de métodos anticonceptivos se produce la llegada pronta del primer hijo.

Se atribuye asimismo a la anticoncepción una mayor incidencia

de las relaciones prematrimoniales y extramatrimoniales, pero tal suposición no se encuentra demostrada por ningún estudio científico en nuestro país, parece sin embargo, que la anticoncepción está ligada a un proceso de educación sexual creciente sin que esto se encuentre aun comprobado.

Parece existir una relación causal entre anticoncepción y un sistema en el que las relaciones esposo-esposa son prioritarias - dentro de un modelo de integración-equilibrio e igualdad básica a tal sistema se le conoce como "conyugio". De acuerdo a las aportaciones de Elu de Leñero (1971), se cita que los usuarios de anticonceptivos manifestaron recibir más beneficios que dificultades como: status superior en la familia y fuera de ella, mejor comunación con su pareja, mayor satisfacción en sus relaciones sexuales, estas opiniones fueron manifestadas por mujeres con escolaridad mayor a la de enseñanza secundaria.

De acuerdo a las afirmaciones anteriores se espera que la anticoncepción favorezca el equilibrio conyugal, aun cuando pudiera también precipitar los desajustes ya existentes tal vez porque el no procrear ocasionalmente corresponde a un deseo de alejamiento, pero esto tampoco se encuentra demostrado.

Aun falta una investigación que permita medir la dinámica familiar resultante de la reducción del número de hijos y la reafirmación del modelo nuclear y conyugal, apuntalado por la anticoncepción. Así existen otros aspectos como podrían ser:

- ¿La anticoncepción favorece un proceso de ahorro familiar o más bien a un patrón de comportamiento que sigue el perfil de consumo masivo creciente de la sociedad en que vivimos? Este factor podría tomarse en cuenta para la orientación de los programas de Planificación Familiar.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- ¿Como se relaciona la anticoncepción con la educación y socialización de los hijos? ¿La reducción natal produce por sí misma mayor calidad en la educación? ¿En qué condiciones esto sí es factible y cuándo se produce lo contrario? ¿Hasta qué punto la anticoncepción y la familia nuclear -- que la acompaña favorecen el sistema de socialización basado en relaciones extrafamiliares de tipo secundario, -- abiertas, pero impersonales, en lugar de facilitar una relación abierta del grupo familiar con la comunidad? y muchas otras interrogantes que surgen como consecuencia de su práctica.

La perspectiva científico-social permite descubrir que el fenómeno anticonceptivo es un fenómeno social que reclama estudio y su proyección en los programas de Planificación Familiar.

Leñero (1978), comenta que la investigación científica realizada en nuestro país, es "una investigación condicionada y dependiente del sistema imperante" por ello, prosigue "existe cierta -- resistencia por parte de algunos investigadores de las ciencias sociales para abordar los efectos de la Planificación Familiar por -- ver en este tipo de programas un interés desmedido por parte de -- las agencias norteamericanas, e incluso por temores a una fuerte -- ingerencia de éstas en el país". Por su parte, la mayoría de los -- psicólogos y psicoterapeutas se orientan más a la terapia clínica y al manejo de casos que a la investigación psicosocial y quienes han intentado estudios con mayor visión social, frecuentemente han incurrido en el terreno especulativo inclinándose por la línea psicoanalítica.

El panorama de la investigación social en Planificación Familiar en México, se enfrenta a barreras conceptuales entre las que se encuentran por una parte el interés profesional propio de clase de los sociólogos, antropólogos y psicólogos que laboran en el ámbito universitario, dedicados a la docencia y esporádicamente a la

investigación y de los que trabajan en la administración pública y en la dirección de programas de servicios. Los primeros profesionistas más cercanos a la investigación no se encuentran familiarizados con los problemas prácticos de eficacia y eficiencia de la Planificación Familiar; los segundos en cambio aún cuando cuentan con más experiencia a este respecto no están tan orientados a la investigación científica.

Por otra parte la concepción sobre una tradicional polémica entre lo que se considera como investigación científica "pura" y la "aplicada" constituye un punto más de divergencia entre quienes justifican su información empírica como algo científico por ser -- real, concreto y útil para la orientación de la administración de programas; y otros, que se erigen en jueces implacables de aquellos, condenándolos al ostracismo del recinto científico por faltos de visión explicativa profunda. Así ambos bandos o se ignoran reciprocamente, o se descubren en posiciones ideológicas contrarias.

Leñero (1978), concluye que no basta con una superficial investigación exploratoria o una concepción simplemente informativa y estadística para referirse a la evaluación de los programas y -- sus acciones, así como resultaría inadecuada una concepción explicativa sólo a partir de marcos teóricos generales y menos aún de -- sistemas ideológicos universales, ya que toda investigación se vé influenciada y muchas veces determinada por los marcos teóricos y metodológicos.

Tanto en los países desarrollados como en las naciones en -- vías de desarrollo se incrementa el número de nuevas leyes, dictámenes de los tribunales, declaraciones de política gubernamental y reglamentos ministeriales que dejan la decisión sobre esterilización voluntaria al individuo y no a los expertos médicos o a los -- funcionarios de gobierno. Estas modificaciones legales apoyan este método anticonceptivo como un medio aceptable del control de la fe -- cundidad y como un procedimiento médico legítimo.

Se sabe que la esterilización voluntaria fué realizada mediante técnicas ya específicas a fines del siglo XIX y se aceptó como un método de Planificación Familiar durante la década de los 50' - efectuándose en casi todos los países.

En el volúmen 50, número 307 de la Revista de Ginecología y - Obstetricia de México, editada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982 se encuentran los comentarios siguientes en relación a la oclusión tubaria: "durante la última década la esterilización voluntaria se ha convertido en el método de planificación familiar de más amplio uso en el mundo". Constituye el método anticonceptivo más popular y es practicado por una tercera parte de las parejas que a nivel mundial utilizan la anticoncepción.

Las tendencias más recientes en este sentido, tratan de que - la elección de la esterilización voluntaria sea efectuada por la persona interesada, sin oportunidad de veto médico o judicial y - que se realice después de recibir información completa y veraz sobre los riesgos, beneficios y los otros métodos de anticoncepción; para asegurarse que el consentimiento y decisión por parte de los interesados son producto de la madurez y de la reflexión.

Los criterios médicos para efectuar la esterilización voluntaria varían ya que para algunos se justificaría practicarla cuando existan importantes contraindicaciones médicas para un nuevo embarazo; para otros en cambio es suficiente con que la paciente lo solicite.

Así en el American College of Obstetricians and Gynecologists ha sugerido la esterilización voluntaria femenina en los casos siguientes:

1. Cuando las mujeres presentan desórdenes médicos tales que un futuro embarazo puede poner en peligro su salud o su vida (enfermedades renales, cardíacas, diabetes, desórdenes neurológicos,

mujeres con grupo sanguíneo RH negativo).

2. Se indica también la esterilización cuando por existir lesiones quirúrgicas un futuro embarazo pondría en peligro la salud o la vida como en el caso de una segunda o tercer cesárea.

3. Así como en mujeres que han dado a luz a productos con malformaciones congénitas o hijos muertos en repetidas ocasiones o embarazos molares.

4. Es permitida también cuando existen desórdenes mentales o enfermedades psiquiátricas.

5. En los casos en que los pacientes tienen 25 años con 5 hijos vivos, 30 años con 4 hijos vivos y 35 años con 3 hijos vivos.

El Comité Médico Central y el consejo de Expertos en Leyes y Planificación Familiar de la I.P.P.F. enuncian como principio: - "que cuando la persona esterilizada ha dado su consentimiento formal, el médico y el personal paramédico no son responsables ante el otro cónyuge, aún cuando éste no haya dado su consentimiento".

En algunos países se han adoptado criterios basados en límites de edad que van de los 25 a los 30 años, en otros, se requiere de un período de espera o que se cuente con un determinado número de hijos (3 ó 4) para estar en condiciones de autorizar la realización de tal procedimiento. No obstante las limitaciones señaladas con anterioridad, en América Latina ha aumentado la cantidad de esterilizaciones voluntarias durante la década de los 70'. En Colombia por ejemplo de 4000 procedimientos registrados en 1974, se incrementaron a 20000 en 1978 declarados en el sector público.

En el Salvador se triplicó la cantidad realizada anualmente - entre 1974 y 1977, es decir, la cifra correspondió de 5700 a 15500.

México por su parte ha experimentado el mayor aumento en las esterilizaciones voluntarias declaradas, de 13000 en 1974 a 130000 en 1977, aumentando la cantidad aún cuando los anticonceptivos orales son el método más popular.

Eslava Laguna y Murillo Cruz (1977), al referirse a los aspectos psicosociales de la esterilización voluntaria dicen lo siguiente: "gran parte de los efectos secundarios de la esterilización voluntaria se deben a la formación cultural, nivel educativo, principios religiosos y actitudes psicosexuales de la pareja por lo que en ocasiones se presentan sentimientos de culpa, de inmoralidad o de mutilación".

Así algunos hallazgos de investigaciones realizadas al respecto en Estados Unidos han reflejado que entre las causas que provocan un rechazo psicológico hacia la esterilización están:

1. Insatisfacción con la operación.
2. Disminución del deseo sexual.
3. Problemas menstruales.
4. Problemas matrimoniales.
5. Sentimientos maternales insatisfechos.
6. Culpabilidad religiosa o moral.
7. Sentimientos de inferioridad.

Ante esto se recomienda considerar los factores que a continuación se citan para elegir o no la esterilización voluntaria como método anticonceptivo definitivo en el control de la fecundidad:

Edad. No muy temprana porque existe mayor riesgo de morbimortalidad en mujeres jóvenes.

En cuanto al número de hijos vivos no menor de tres.

Evitar se esterilicen mujeres con antecedentes de neurosis, -

inestabilidad emocional o parejas con problemas conyugales o con juicios religiosos y evitarla cuando exista el deseo de tener más hijos.

3.2 Análisis de cuatro de las investigaciones realizadas en México al respecto.

Debido a los problemas vinculados con la crianza de una familia numerosa, muchas mujeres han manifestado su deseo de no tener más hijos, pero resulta que la prevención del embarazo no es fácil ya que los principales métodos anticonceptivos entrañan además de un costo mínimo, efectos secundarios, disciplina, incertidumbre o cierto riesgo.

Por otra parte, las mujeres que desean utilizar algún método anticonceptivo ignoran cuales existen, no tienen a su alcance la información y materiales necesarios, tropiezan con objeciones de su pareja o encuentran esa práctica contraria a sus valores o religión. La condición subordinada que guarda la mujer con respecto al varón establece una dualidad en la percepción que la hace principal responsable del proceso reproductivo al mismo tiempo que le niega el derecho a controlarlo.

En este sentido la mujer no solo debiera estar en condiciones de regular su propia fecundidad; sino de poder evitar los problemas de salud inherentes, pudiendo decidir conjuntamente con su pareja cuando tener sus hijos, en lugar de dejar la procreación al azar.

En el Plan Quinquenal Regional de Acción sobre la Mujer en la Salud y el Desarrollo se menciona: "las mujeres tienen un grado muy alto de mortalidad por abortos realizados en condiciones poco terapéuticas o salubres. Si bien es difícil medir las tasas de abortos provocados o ilegales, algunos datos atribuyen un 34% de

las defunciones maternas en América Latina a los abortos provocados mientras que otras fuentes mencionan tasas que exceden al 50%.

Algunos estudios parecen resaltar que la clave para el uso -- adecuado de la oclusión tubaria, radica en la selección idónea de las personas a quienes habrá de practicarse, ya que por sí misma -- no presenta secuelas psicológicas de importancia en mujeres que se encuentran ampliamente informadas al respecto, con matrimonios estables, con una paridad satisfecha y que manifiesten su deseo de -- utilizar ese método para no volver a embarazarse. Encontrando además que las mujeres que manifestaron descontento o insatisfacción tenían menor edad, un número menor de hijos o que se habían operado por motivos médicos.

En las investigaciones efectuadas en México para conocer algunos de los efectos psicosociales posteriores a la oclusión tubaria, se encuentran tres estudios realizados por el Instituto Mexicano -- del Seguro social y uno por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. En todos ellos, se consideró importante conocer los motivos por los que las mujeres decidieron esterilizarse, destacando entre los principales: la situación económica precaria, los problemas de salud y el estar satisfechas las parejas con el número de hijos que tenían; estos motivos coincidieron también con los manifestados por las mujeres del grupo experimental del presente trabajo.

La edad promedio de las mujeres fluctuó entre 33 a 39 años, el número promedio de hijos vivos fué de 5 y el tiempo en que se -- llevaron a cabo las investigaciones varió desde una semana hasta -- 18 meses después de haberse efectuado la oclusión tubaria.

En dos de las cuatro investigaciones, las entrevistadas manifestaron al igual que las mujeres del presente trabajo, una mayor satisfacción en las relaciones con su pareja posiblemente como resultado indirecto de haberse disminuido o anulado el temor a un --

embarazo no deseado.

En cuanto al nivel de autoestima de las mujeres investigadas, en dos de los estudios se hace alusión a una autoestima baja y a la presencia de manifestaciones psicósomáticas que desaparecieron al transcurrir el tiempo, de la misma manera se refiere la presencia de frustración, stress, mal humor y sentimientos de temor a diferencia de las mujeres entrevistadas para el presente trabajo en quienes se detectó un nivel medio de autoestima y la ausencia de manifestaciones psicósomáticas.

Finalmente cabe señalar que la comparación entre los resultados de las cuatro investigaciones referidas y los del presente trabajo se dificultó y en algunos casos no fué posible de realizar debido principalmente a que se incluyeron variables diferentes en cada uno de los estudios realizados.

CAPITULO 4. METODOLOGIA

CONTENIDO:

4.1. Planteamiento del problema

4.2. Hipótesis.

4.3. Variables.

4.3.1. Definición conceptual y operacional de las variables dependientes.

4.3.2. Definición conceptual y operacional de la variable independiente.

4.3.3. Sujetos.

4.3.4. Instrumentos.

4.3.5. Procedimientos.

CAPITULO 4. METODOLOGIA

Como parte de la anticoncepción, la esterilización femenina - voluntaria, ha adquirido en los últimos años una frecuencia importante, considerándose que este método anticonceptivo ocupa el tercer lugar entre los procedimientos utilizados en México, sin que se conozcan con precisión los efectos psicosociales de tal práctica.

El presente trabajo constituye un intento para investigar los posibles efectos psicosociales de la técnica denominada oclusión tubaria, en relación a la supresión de efectos colaterales por el uso de métodos anticonceptivos temporales, evitar embarazos no deseados, satisfacción en las relaciones de la pareja y nivel de autoestima de las mujeres esterilizadas.

4.1 Planteamiento del problema.

¿Cuáles son los efectos psicosociales de la oclusión tubaria en cuanto a: supresión de efectos colaterales por el uso de métodos anticonceptivos temporales, evitar embarazos no deseados, satisfacción en las relaciones de la pareja y nivel de autoestima en un grupo de mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, cuatro años después de haber sido esterilizadas voluntariamente?

4.2. Hipótesis

Hipótesis conceptual.

La utilización de métodos anticonceptivos temporales y de oclusión tubaria, producirán resultados diferentes en mujeres sujetas a ellos en relación a: la supresión de efectos colaterales por el uso de métodos anticonceptivos temporales, evitar embarazos no deseados

satisfacción en la relación de la pareja y un nivel mayor de autoestima por parte de las mujeres esterilizadas. Martínez Manautou (1987), Ruíz Velasco (1979), Searsy, otros (1957), Rutherford, - - Banks y Coburn (1962).

Hipótesis general de trabajo.

Existirán diferencias estadísticamente significativas en relación a efectos colaterales por el uso de métodos anticonceptivos temporales, evitar embarazos no deseados, satisfacción en la relación de la pareja y nivel de autoestima entre un grupo de mujeres cuatro años después de haber sido sometidas a la oclusión tubaria y otro grupo que utiliza métodos anticonceptivos temporales.

Hipótesis de Nulidad

No existirán diferencias estadísticamente significativas en relación a efectos colaterales por el uso de métodos anticonceptivos temporales, evitar embarazos no deseados, satisfacción en la relación de la pareja y nivel de autoestima entre dos grupos de mujeres, uno sometido a la oclusión tubaria y otro grupo que utiliza métodos anticonceptivos temporales.

4.3. Variables

A través de esta investigación se pretendió determinar o conocer la relación que existe entre la variable independiente esterilización femenina voluntaria denominada oclusión tubaria y las variables dependientes antes mencionadas.

4.3.1. Definición conceptual y operacional de las variables dependientes.

Definición conceptual.

Efectos colaterales por el uso de métodos anticonceptivos temporales.

Se interpretará como la ausencia o presencia de uno o más malestares físicos atribuibles al uso de métodos anticonceptivos temporales. Ruíz Velasco. (1979).

Embarazo no deseado.

Es aquél en donde la pareja o por lo menos uno de los cónyuges no considera la concepción de un ser humano como resultado de cierta intencionalidad por lo que ésta no resulta grata. El término se utilizará para denotar si la fecundación o el nacimiento de un hijo fué producto del azar y no provocado o esperado como una consecuencia gratificante de las relaciones sexuales. Grawford - - (1971).

Satisfacción en las relaciones de la pareja.

Para esta variable se consideraron dos aspectos: la información en que uno de los cónyuges o ambos, manifiesten de obtener satisfacción durante las relaciones sexuales y la información respecto a si consideran o no satisfactorias las relaciones interpersonales con su pareja. Ruíz Velasco (1979), o si existe o no un mejor acoplamiento matrimonial. Bogue (1967), citado por Fowcett (1970).

Nivel de autoestima

Definido como "la evaluación que el individuo hace comunmente, mantiene y observa hacia sí mismo, expresada por una actitud de - aprobación, e indica la extensión en la cual la persona se cree a sí misma capaz, significativa, próspera y digna", Barrel y Price (1977). Los hallazgos de Leventhal y Tremblay, (1968), señalan que en individuos con baja autoestima, la habilidad de confrontación - percibida parece disminuir, debido a un deseo de evitar pensamientos perturbadores y fatigas ante la situación amenazante.

Definición operacional de las variables dependientes.

Efectos colaterales por el uso de métodos anticonceptivos temporales. Se considerará como las respuestas afirmativas a los - reactivos 18, 19 y 20, del cuestionario número 2, así como los problemas de salud que las entrevistadas manifiesten y relacionen con el uso de métodos anticonceptivos, siendo esta atribución confirmada por el médico.

Embarazo no deseado

Se refiere a la opinión de las entrevistadas en el sentido de no desear embarazarse o provocar un embarazo intencionado, así como la respuesta afirmativa a la pregunta 21 del cuestionario número 1 y negativa a la pregunta 29 del mismo cuestionario; así como la respuesta negativa al reactivo número 30 y respuesta afirmativa a la pregunta 40 del cuestionario 2.

Satisfacción en las relaciones de la pareja.

Se refiere a la información proporcionada por las entrevista-

das en donde manifestaron como favorable o no su relación con su pareja, el haber seleccionado para responder el código 3 de la pregunta 35 del cuestionario 1 y el código 4 o 5 del reactivo 10 del cuestionario 2.

Nivel de autoestima.

Se relaciona con las respuestas que las mujeres manifestaron para enfrentar un problema o situación difícil que fue considerada trascendente por ellas. De acuerdo a sus respuestas se clasificaron en confrontadoras o evitadoras, considerando que las confrontadoras tienen un mayor grado de autoestima a diferencia de las evitadoras. Se incluyen también las contestaciones de las preguntas 61, 62, 63 y 64 del cuestionario 1, y los reactivos 42, 43, 44 y 45 del cuestionario 2.

4.3.2. Definición conceptual y operacional de la variable independiente.

Definición conceptual.

Oclusión tubaria.

Método anticonceptivo definitivo que consiste en el corte o sección, ligadura u obstrucción de la luz tubaria de las trompas de Falopio para evitar que ejerzan sus funciones de recoger del ovario al óvulo y para impedir la unión del espermatozoide y el óvulo. Es un procedimiento irreversible. Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica, A.C. (1987).

Definición operacional

Oclusión tubaria

Se refiere a la respuesta afirmativa a uno o más de los códigos del reactivo 10 y a la respuesta afirmativa o negativa de la pregunta 55 del cuestionario 1. Se considerará además como la presencia de la nota clínica que el médico tratante registró en el expediente personal de la entrevistada, en donde se hace constar la realización de tal procedimiento quirúrgico.

Control de variables.

Para el control de las variables extrañas se utilizó la técnica de constancia de las condiciones.

Las mujeres que participaron en el estudio reunieron las siguientes características:

Grupo control	Grupo experimental
1. Ser derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social	1. Ser derechohabientes - del Instituto Mexicano del Seguro Social
2. Sexo: Femenino	2. Sexo: Femenino
3. Edad: de 15 a 44 años	3. Edad: de 15 a 44 años
4. Tener un hijo como mínimo	4. Tener un hijo como mínimo
5. Utilizar métodos anticonceptivos temporales	5. Haberse realizado la oclusión tubaria
6. Pertenecer a un estrato socioeconómico medio o bajo	6. Pertenecer a un estrato socioeconómico medio o bajo

4.3.3. Sujetos

El universo de estudio estuvo comprendido por el total de las mujeres derechohabientes que conformó el grupo experimental de una unidad médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, a quienes se realizó la oclusión tubaria durante el año 1977 y que reunieron las características para el control de variables enunciadas con anterioridad.

El grupo experimental compuesto por 30 mujeres, se seleccionó mediante una muestra al azar, a través de una tabla de números - aleatorios, empleando un intervalo de 5.

Del universo total, se determinó el número de 30 mujeres, por algunas dificultades que se presentaron para su localización. Para el grupo control, se seleccionó una muestra accidental de los sujetos, compuesta por 30 mujeres que se encontraban en las salas de espera de la unidad médica y que reunieron las mismas características consideradas para el control de variables.

4.3.4. Instrumentos.

Para llevar a cabo la investigación, se elaboraron dos cuestionarios para ser aplicados a las integrantes de los grupos experimental y control respectivamente, estuvieron conformados en su primera parte por datos generales de identificación, así como por información socioeconómica. Ambos instrumentos contenían reactivos para la identificación de las variables estudiadas, como son: efectos colaterales por el uso de métodos anticonceptivos, evitar embarazos no deseados, satisfacción en las relaciones de la pareja y nivel de autoestima. La información de los instrumentos difieren solamente en las preguntas relacionadas con la oclusión tubaria contempladas en el cuestionario 1 y no así en el 2, por ello, el -

primero constó de un total de 65 reactivos a diferencia del segundo que estuvo conformado por 46.

Inicialmente fueron aplicados de manera piloto a grupos de 25 personas, a través de entrevistas estructuradas, posteriormente se estableció un código de respuestas para formular los cuestionarios finales a los que se integró una escala de autoestima con el propósito de evaluar el estilo de confrontación individual frente a la estimulación aversiva para conocer indirectamente el nivel de autoestima de las entrevistadas, para ello, se aplicó parte del cuestionario empleado por Barrel y Price, (1977), para diferenciar las orientaciones de confrontación y evitación.

Para la escala que investigaba nivel de autoestima, se asignó la letra C, si la afirmación era de confrontación, y la letra E, - si el contenido seleccionado por la interesada era de evitación.

La persona que seleccionó las 5 afirmaciones C, obtuvo una calificación máxima de 10 puntos, en tanto que quienes seleccionaron las afirmaciones E, calificaron con 0 como mínima, obteniendo también calificaciones intermedias como 6, 8, etc. De acuerdo a estos datos, se clasificó a las entrevistadas en confrontadoras cuando la calificación obtenida oscilaba entre 7 a 10 puntos y en evitadoras cuando obtuvieron 6 o menos puntos.

4.3.5. Procedimiento.

La aplicación de los cuestionarios a las mujeres de los grupos experimental y control, se realizó por las responsables de este estudio en la unidad médica, a través de entrevistas estructuradas con una duración promedio de 60 minutos.

Validez

Se empleó la validez de contenido de fase, procediendo a entrevistar a 12 jueces o expertos que laboran en el ámbito de la -- planificación familiar y con una formación profesional de trabajadoras sociales, enfermeras, médicos gineco-obstetras y psicólogos.

Al calcular el coeficiente de concordancia de Kendall, se -- obtuvo un valor de 0.05, lo que se interpreta como acuerdo entre los especialistas entrevistados, considerando que los cuestionarios utilizados reunieron el requisito de validez.

4.3.6. Diseño de investigación.

En el presente estudio se empleó un diseño de dos muestras relacionadas.

Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el -- análisis de discriminantes, por las siguientes razones: se trabajó con una muestra seleccionada al azar y las variables en la "realidad" se dieron juntas y al mismo tiempo. El análisis de discriminantes, al pesar y combinar linealmente a las variables, permite -- que estas diferencien a los grupos en forma evidente, lo que resulta útil para determinar el poder discriminativo de las variables -- estudiadas; permite conocer el grado de membrecía de los grupos y emplear estos resultados con fines predictivos.

Capítulo 5. RESULTADOS.

- 5.1. Descripción de los datos.
- 5.2. Interpretación de resultados.
- 5.3. Conclusiones.
- 5.4. Alcances y limitaciones del estudio.

CAPITULO 5. RESULTADOS

5.1. Descripción de los datos.

Se presenta a continuación los resultados del análisis de los cuadros de frecuencia y porcentos de los reactivos del cuestionario aplicado en el estudio. Al referirse al grupo experimental se precisa que es aquél en donde la mujer se somete al método de esterilización para controlar su fertilidad, a diferencia del grupo -- testigo o control en donde utilizaban métodos anticonceptivos temporales en el momento del presente estudio, aclarando que las mujeres que conforman ambos grupos compartieron las mismas características, a excepción de la variable independiente que se refiere a la oclusión tubaria en el caso del grupo experimental.

El 37% de las mujeres del grupo experimental informaron tener una edad comprendida entre los 35 y 39 años y en sólo dos casos, - que representa el 6% de las edades fluctuaron de 45 a 49 años.

En el grupo testigo, el 44% corresponde a mujeres entre 25 y 29 años y sólo se detectó un caso, el 3% que se encuentra entre 40 y 44 años de edad.

Concluyendo que las mujeres del grupo testigo son más jóvenes que los del grupo experimental (cuadro 1).

El 50% de las entrevistas del grupo experimental y el 64% de los del grupo testigo manifestaron estar casados por lo civil y -- eclesiasticamente (cuadro 2). De ellos, el 91% del grupo experimental y 90% del grupo control refirieron tener como religión la católica, (cuadro 3).

La escolaridad de las mujeres estudiadas se aglutinó principalmente en el nivel de primaria, correspondiendo el mayor porcentaje (38%) del grupo experimental a primaria incompleta, en tanto que -

en el grupo testigo (51%), a primaria completa (cuadro 4).

La mayoría de las mujeres de los dos grupos están dedicadas - al hogar (cuadro 5).

El ingreso económico familiar de el 33% de las entrevista-- das del grupo experimental, y el 60% de las del grupo control, - - fluctuó entre \$84,000.00 y \$124,000.00 (cuadro 6). Cabe señalar - que el salario mínimo vigente en el momento que se realizó la pre-- sente investigación (1982), correspondió a \$96.600 para el Distri-- to Federal.

De acuerdo a los datos mencionados, es posible considerar que la mayoría de las personas entrevistadas pertenecen a un estrato - socioeconómico bajo, lo que coincide con el principal motivo por el que las mujeres del grupo experimental manifestaron su deci-- sión para haberse sometido a la realización de la oclusión tuba-- ría, 27% (cuadro 8).

Respecto al número de hijos de las entrevistadas, el 30% del grupo experimental manifestó tener 4, en el grupo control el 27% reportó tener 2 hijos y otro 27% de este mismo grupo 4 (cuadro 7)

Aun cuando el 90% de las mujeres pertenecientes al grupo expe-- rimental, informaron estar satisfechas con el número de hijos que tienen, al investigar sobre el número ideal de hijos, se obtuvo - que el 47% de ellas considero como el número ideal de hijos 2 (- cuadro 24), que representa el 30%.

En relación al grupo testigo se encontró que el 77% de las mu-- jeres se manifestaron satisfechas con el número de hijos que te-- nían, pero al preguntar sobre el número de hijos que consideraban ideal, el 70% coincidió en que era el de 1. Lo que parece reflejar que en ambos grupos las mujeres han tenido más hijos de los desea-- dos idealmente por ellas, resaltando esta opinión principalmente -

en las mujeres del grupo control, que son más jóvenes y que usan métodos anticonceptivos temporales.

Entre los motivos mencionados por las entrevistadas para haberse practicado la oclusión tubaria, se encuentran la insuficiencia económica en el 27%, coincidiendo en que la mayor parte de las mujeres del grupo experimental (un 33%) pertenece a una estrato -- socio-económico bajo. Como un segundo motivo se encuentran los problemas de salud referidos por el 20% (cuadro 8).

El 67% de las mujeres del grupo experimental informaron que hubo acuerdo por parte de su cónyuge para que se sometieran a la oclusión tubaria y sólo un 10% manifestó haber tenido problemas con su pareja por haberse esterilizado (cuadro 9 y 10).

En el grupo control el 97% de las entrevistadas mencionó que existe acuerdo por parte del cónyuge en el uso de métodos anticonceptivos temporales (cuadro 30). En base a estos datos, se observa que el grado de acuerdo a este respecto es mayor en el grupo testigo.

En cuanto a la relación interpersonal de la pareja, se detectó que antes de la oclusión tubaria el 37% reportó tener buenas -- relaciones, el 13% muy buenas y un 3% muy malas relaciones. Esta situación se mantuvo después de la oclusión tubaria en el 66% de los casos (cuadro 11 y 16).

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos temporales, el -- 33% del grupo experimental informó haber utilizado con mayor frecuencia los métodos orales, el 45% reportó efectos colaterales indeseables por el uso de métodos anticonceptivos temporales de los cuales, el 27% fueron confirmados por el médico (cuadro 12, 13 y 15).

El 40% de las mujeres del grupo control informó utilizar el dispositivo intrauterino con mayor frecuencia como método anticonceptivo temporal, habiendo presentado efectos colaterales indeseables el 66% de las personas por el uso de métodos anticonceptivos temporales, los cuales fueron confirmados por el médico en un 44% de los casos (cuadro 12, 13 y 15).

El 60% de las integrantes del grupo experimental no reportó un cambio significativo en cuanto a sus relaciones sexuales después de la oclusión tubaria; de ellas, el 54% informó agrado en las relaciones sexuales antes y después de la esterilización voluntaria.

El 17% de las personas del grupo experimental, manifestaron evitar las relaciones sexuales antes de la oclusión tubaria y el 13% informaron evitarlas después de la esterilización (cuadro 17, 18 y 19).

Antes de la oclusión tubaria, encontramos que el 0% de las investigadas reportó obtener satisfacción en sus relaciones sexuales a diferencia de los cónyuges, que según información de las entrevistadas, el 77% si lograban satisfacción durante las relaciones sexuales. Después de la oclusión tubaria el 63% de las mujeres -- del estudio manifestaron tener satisfacción en las relaciones sexuales, este cambio puede coincidir con los factores referidos por Eastman y Hellman (1974), al encontrar que "el apetito sexual de la mujer no se altera después de la oclusión tubaria e inclusive puede haber un aumento del mismo, debido al sentido de seguridad y libertad engendrado por la eliminación del temor que provoca un -- embarazo". En relación al cónyuge según información de las entrevistadas, la satisfacción en las relaciones sexuales después de la intervención quirúrgica se mantuvo igual en el 77% de los casos - (cuadro 20 y 21).

En cuanto a las entrevistadas del grupo control: el 67% manifestó agrado hacia las relaciones sexuales y el 13% refirió evitar tener relaciones sexuales.

En lo que se refiere a la satisfacción en las relaciones sexuales el 70% de las mujeres estudiadas reportó lograr satisfacción en ese aspecto, al igual que el 97% de los cónyuges según información de las entrevistadas.

A diferencia de las mujeres del grupo experimental, se detectó en las integrantes del grupo testigo un nivel superior de agrado y satisfacción hacia las relaciones sexuales posiblemente debido a que la satisfacción en las relaciones de la pareja es mayor en este grupo (cuadro 33, 34 y 35).

Respecto a la paridad satisfecha, el 90% de las mujeres del grupo experimental, dijo estar de acuerdo con el número de hijos que tienen, al igual que el 80% de los cónyuges; estos datos parecen contradictorios si analizamos que el 50% de las entrevistadas de este mismo grupo contestó que si deseaba tener otro hijo y sólo el 27% de los cónyuges manifestó su deseo en este mismo sentido. Lo cual parece denotar que es en la mujer donde se manifiesta el deseo de tener un mayor número de hijos (cuadro 22 y 23).

En el grupo control, el 77% de las mujeres estudiadas informaron encontrarse satisfechas con el número de hijos que tienen al igual que el 77% de los cónyuges según información de las entrevistadas. En relación al deseo de tener otro hijo, el 70% de las mujeres reportó que no, lo mismo que el 63% de los cónyuges.

Cabe señalar que las mujeres del grupo control a pesar de ser más jóvenes y de controlar su fertilidad con métodos anticonceptivos temporales; manifiestan tener mayor satisfacción en cuanto al número de hijos que tienen; en contraste con el grupo experimental que son personas de más edad, con un número mayor de hijos y que

se han practicado un método definitivo para el control de su fecundidad (cuadro 36 y 37).

El 80% de las mujeres pertenecientes al grupo experimental -- manifestó que de estar en condiciones de volverse a efectuar la -- oclusión tubaria lo volvería a hacer; y el 90% de las entrevistadas indicaron que recomendarían a otras personas la intervención quirúrgica. No obstante que la mayoría de las mujeres esterilizadas voluntariamente parece estar de acuerdo con la decisión que -- tomaron, existe un 20% que se refiere a 6 casos que manifiestan que de estar en condiciones de hacerlo no se practicarían la oclusión tubaria, de ellas dos personas manifestaron el deseo de tener otro hijo y una tercera haberse embarazado aún cuando se encontraba esterilizada voluntariamente.

Al interrogar a las personas del grupo control en relación a si se efectuarían la oclusión tubaria, el 63% de ellas contestó -- afirmativamente (cuadros 25, 26 y 27).

El 7% de las mujeres del grupo experimental informó haberse -- embarazado cuando usó el dispositivo intrauterino; y el 23% del -- grupo control dijo lo mismo en relación con el uso de métodos anti conceptivos orales y el dispositivo intrauterino (cuadro 34 y 35).

El 57% de las integrantes del grupo experimental y el 60% de las del grupo control manifestaron como principal ventaja de la -- oclusión tubaria el evitar embarazos no deseados. Así mismo, el -- 60% de las personas que se sometieron a la intervención quirúrgica y el 44% de las usuarias de métodos anticonceptivos temporales no reportaron desventajas de la oclusión tubaria (cuadro 27 y 28).

En cuanto al nivel de autoestima de las mujeres estudiadas, -- en el grupo experimental se encontró que el 66% de ellas, manifestaron un nivel superior de autoestima, a diferencia del grupo control representado por el 61% y en el que se encontró un nivel me--

nor de autoestima. Interpretándose a las integrantes del primer -- grupo como confrontadoras y a las del segundo como evitadoras. De acuerdo con el estilo que las mujeres manifestaron para enfrentar un problema o situación difícil que representó trascendencia para ellas y en base a los hallazgos de Leventhal y Trembly. (1968), quienes demostraron que en individuos con baja autoestima la habilidad de confrontación parece disminuir, debido a un deseo de evitar pensamientos perturbadores y fatigas ante la situación amenazante.

5.2. Interpretación de resultados.

Para someter a contrastación la hipótesis, se llevó a cabo el tratamiento estadístico de la información a través de la técnica -- del análisis de discriminantes con las cuatro variables dependientes investigadas como son: supresión de efectos colaterales indeseables por el uso de métodos anticonceptivos, evitar embarazos no deseados, satisfacción en las relaciones de la pareja y nivel de -- autoestima.

Se buscó la posibilidad de una función canónica discriminante, que distinguiera entre mujeres a quienes se había realizado la oclusión tubaria y otras que utilizaban métodos anticonceptivos -- temporales, encontrando los siguientes resultados:

En la tabla 1, se presenta la información correspondiente a -- la función canónica discriminante encontrada, la cual tuvo una probabilidad de 0.0000 lo que se interpreta como estadísticamente significativa.

La función canónica representa una correlación canónica de -- .80; lo que significa que existe una relación íntima entre pertenecer a un grupo o a otro y las variables discriminantes.

En la tabla 2, se encuentran datos muy interesantes. En primer lugar se observa que la variable que más distingue a las integrantes de los dos grupos es la que se refiere a la supresión de los efectos colaterales indeseables por el uso de métodos anticonceptivos, observándose que el grupo que se sometió a la oclusión tubaria obtiene puntajes medios más altos que el grupo que no se sometió a tal procedimiento quirúrgico, razón por la que se concluye que existe diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres de ambos grupos por lo que se acepta la hipótesis de trabajo y se descarta la hipótesis de nulidad en lo que respecta a esta variable, coincidiendo estos resultados con los estudios realizados por Rufiz Velasco (1979), quien refiere que: "en comparación -- con otros métodos anticonceptivos temporales, la oclusión tubaria representa un menor índice de efectos o consecuencias desfavorables".

La satisfacción en las relaciones de la pareja aparece como -- segundo factor de distinción, se observa que de acuerdo a la hipótesis planteada, si existe diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos, aún cuando los puntajes medios resultan -- semejantes, lo que podría deberse a que la oclusión tubaria influye en que las relaciones de la pareja sean satisfactorias. Asimismo, es necesario considerar que por tratarse de un factor de deseabilidad social las respuestas de las entrevistadas deben tomarse -- con cierta reserva.

De acuerdo a estas consideraciones se rechaza la hipótesis de nulidad en cuanto a esta variable y se acepta la hipótesis de trabajo ya que en coincidencia con los conceptos vertidos por Rufiz -- Velásco Victor (1979), y con las afirmaciones contenidas en el Manual de la Familia editado por el Consejo Nacional de Población -- (1985), la oclusión tubaria contribuye a mejorar las relaciones -- entre la pareja y las mujeres entrevistadas en el presente estudio informaron sobre esta mejoría.

El tercer factor determinante de la distancia entre ambos grupos resultó ser el evitar embarazos no deseados, variable en la cual una vez más el grupo que se sometió a la oclusión tubaria -- puntúa más alto que el grupo testigo, por lo que se acepta la hipótesis de trabajo, ya que este grupo manifestó haber logrado evitar los embarazos mediante la práctica del método definitivo, lo que coincide con la opinión de Martínez Manautou (1984), en el sentido de que la oclusión tubaria, es uno de los métodos más efectivos para evitar los embarazos.

El nivel de autoestima es un factor que colabora con la discriminación de los grupos y presenta diferencias entre sus puntajes medios, por lo que se acepta la hipótesis de trabajo ya que en relación a esta variable existe diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres de los dos grupos como fue supuesto -- por las autoras del presente estudio.

Aún cuando todas las variables estudiadas en el presente trabajo lograron discriminar, debe recordarse que lo importante es la combinación de las variables entre sí. Lo anterior queda de manifiesto en la distancia que separa a ambos grupos, de acuerdo a las magnitudes de sus centroides, se da una distancia de casi 3 unidades Z (2.6), entre ambos grupos, siendo el grupo experimental (que se practicó la oclusión tubaria) el que está a la derecha de la media y el grupo control a la izquierda).

con el propósito de conocer que tan adecuada fue la función -- para predecir la membresía de los grupos, se procedió a clasificar a las mujeres del estudio por medio de los coeficientes de clasificación, esta información se encuentra considerada en la tabla 3, en donde se observa que del grupo experimental constituido por 30 sujetos, 27 de ellas que corresponden al 90% del total reunieron las características para pertenecer a este grupo, no así tres de las mujeres que representan tan solo el 10%, quienes debieron haber sido clasificadas en el grupo control.

En relación al grupo testigo integrado también por 30 mujeres, se encontró que 29 de ellas, que representan el 96.7% reunieron los atributos para pertenecer a este grupo, a diferencia de una persona que corresponde al 3.3% que debió haber sido incluida en el grupo experimental.

5.3. Conclusiones.

La presente investigación tuvo como finalidad identificar la influencia del método anticonceptivo definitivo denominado oclusión tubaría sobre las variables: supresión de efectos colaterales indeseables por el uso de métodos anticonceptivos temporales, evitar embarazos no deseados, satisfacción en las relaciones de la pareja y nivel de autoestima.

Las variables estudiadas fueron seleccionadas por la estrecha relación que existe con los propósitos de la planificación familiar en cuanto a mejorar el estado de salud de la población, asimismo, se escogieron por resultar factibles de investigar en base a las posibilidades y recursos disponibles.

De acuerdo a los resultados obtenidos, podemos mencionar que la mayor influencia de la oclusión tubaría radica en la supresión de los efectos colaterales por el uso de métodos anticonceptivos temporales, en la satisfacción de las relaciones entre la pareja, en proporcionar una mayor seguridad para evitar embarazos no deseados y en cuanto al nivel de autoestima. Por lo tanto, la hipótesis de trabajo planteada se confirma en relación a todas las variables estudiadas.

Es interesante observar que en el presente estudio fueron las variables denominadas: supresión de efectos colaterales por el uso de métodos anticonceptivos temporales y satisfacción en las relaciones de la pareja las que obtuvieron un mayor grado de discri-

minación entre un grupo y otro, encontrándose en segundo orden las que se refieren a evitar embarazos no deseados y nivel de autoestima.

Finalmente y en apoyo a los hallazgos anteriores encontramos que el porcentaje del nivel de predicción a la membrecía de los -- grupos resultó alto 93.33% por lo que se sustenta que la posibilidad de clasificar acertadamente a las mujeres en uno u otro grupo, sería favorable empleando los mismos instrumentos (cuestionarios). de este estudio, en la selección de las futuras candidatas que -- deseen practicarse la oclusión tubaria a fin de hacer en lo posible una predicción sobre lo recomendable o no de tal práctica, sugiriendo se efectúe a las mujeres que obtuviesen un puntaje similar al del grupo experimental de este trabajo.

Otro factor importante de tomar en cuenta es el que se refiere al nivel informativo de las mujeres en cuanto a las características, ventajas y desventajas del uso de métodos anticonceptivos y en particular en lo que respecta a la oclusión tubaria, por lo que se recomienda que antes de llevar a cabo tal procedimiento quirúrgico se informe ampliamente a la interesada y a su pareja y se obtenga la aceptación y el consentimiento de ambos.

5.4. Alcances y limitaciones del estudio.

A este respecto podemos mencionar que una de las limitaciones del estudio consistió en que aun cuando se determinó una muestra al azar compuesta por 66 mujeres, no fue posible localizarlas debido a que muchos de los domicilios resultaron falsos y a que se rezoneficó el área de influencia de la unidad médica en la que fue ron atendidas, por lo que se optó por considerar para la investigación al total del universo presentándose únicamente la equivalencia del grupo control.

La diferencia de edades entre las mujeres del grupo testigo - (más jóvenes) y las del grupo experimental, constituyó otro factor limitante en la investigación, que deberá considerarse en réplicas futuras.

El haber entrevistado únicamente a las mujeres que se practicaron la oclusión tubaria para a través de su opinión conocer si - eran o no satisfactorias las relaciones con sus parejas, constituyó otra de las limitaciones del estudio; ya que hubiese resultado más conveniente contar con la opinión de sus cónyuges también. Por otra parte, se hace necesario reconocer que la complejidad de las variables seleccionadas implicaron en términos generales un mayor grado de dificultad para su estudio y medición.

Por las limitaciones surgidas para la realización de este trabajo se considera conveniente efectuar la réplica del estudio con un grupo mayor en donde se entreviste a ambos cónyuges, para contrastar resultados.

La importancia del estudio aquí presentado radica en la posibilidad de llevar a cabo una adecuada selección de las mujeres que deseen practicarse la oclusión tubaria como método definitivo para controlar su fertilidad; sobre todo al considerar que este procedimiento irreversible ocupa en el momento actual (1988), el tercer lugar en frecuencia dentro de los métodos anticonceptivos empleados para la población, afiliada al Instituto Mexicano del Seguro Social.

BIBLIOGRAFIA.

1. Alba Francisco. La Población de México: Evolución y Dilemas. El Colegio de México. 1979. México. p. 18, 21 y 22.
2. Alarcón Navarro Francisco y Martínez Manautou Jorge. Innovaciones Administrativas del Programa de Planificación Familiar. Instituto Mexicano del Seguro Social. 1979. México. p.37-47.
3. Alianza Panamericana de Médicos. Memorias del XVIII Congreso. 7 al 13 de Septiembre de 1983. Talleres Gráficos de Impresores Modernos. 1985. México. p.77.
4. Alvarado Durán Alberto, Kably Ambe Alberto, Gallardo D' Aiuto Luis y Gutiérrez Juárez Raúl. Salpingoclasia Postparto por -- Manilaparotomía. Análisis de 2764 casos. Revista de Ginecología y Obstetricia. Vol. 46, Año XXXIV, Num. 275. Instituto Mexicano del Seguro Social. Sep. 1979. México. p. 30.
5. Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática. Secretaría - de Programación y Presupuesto. 1987. México.
6. Burg Andrea. La Investigación Demográfica en México. Revista - de Ciencia y Desarrollo. Núm. 15, CONACYT. Julio-Agosto 1977. México. p. 10-11.
7. Cabrera Gustavo. Política Demográfica de México 1978-1982. Objetivos y Metas. Revista Ciencia y Desarrollo. Núm. 26. CONACYT Mayo-Junio de 1979. México. p. 98.
8. Carrillo Flores Antonio. Entrevista: El Problema Demográfico - Comunicación e Infraestructura. Revista Comunicación y Población. Secretaría de Gobernación. Proyecto de Naciones Unidas en Comunicación y Desarrollo. Año. 1. Núm. 1, Sept.1976. México.
9. Cohen De Govia Guillermo. La Psicología en la Salud Pública. - Ed. Extemporáneos. 1975. México. p. 175.
10. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ed. -- Porrúa. 1987. México. p. 9.

11. Coordinación Nacional de Planificación Familiar. Manual de Métodos de Planificación Familiar. Intersistemas S.A. de C.V. - 1976. México. p. 3, 17, 33, 36 y 42.
12. Cuadriello Salinas Ma. de Lourdes. Promoción de Prácticas de Detección y Dietéticas para el Control de la Diabetes. Tesis Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de México. 1979. México.
13. Demografía y Ritmo de Crecimiento de la Población Mundial. - Instituto Mexicano del Seguro Social. Jefatura de Planificación Familiar. 1973. México.
14. Diagnóstico de Salud en las Zonas Marginadas Rurales de México. Programa IMSS-COPLAMAR. Instituto Mexicano del Seguro Social. 1983. México.
15. Diccionario Larouss, 1983, México.
16. Diez Nicolás Juan. Actitudes de la Mujer Española hacia los Métodos de Planificación Familiar. Revista Española de la Opinión Pública. Núm. 31. Enero 1973. España. p. 96.
17. Dyckhoff Wagner, Renate y otros. La Planificación Familiar y la Actitud hacia la Mujer. Tesis. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. 1976. p.41-43.
18. Elu de Leñero Ma. del Carmen. Mujeres que hablan. Implicaciones Sociales en el uso de Métodos Anticonceptivos. Instituto Mexicano de Estudios Sociales A.C. 1971. México. p. 75, 96 y 105.
19. Esterilización Femenina Voluntaria; Motivaciones y Efectos Psicosociales. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. - Vol. 50, Núm. 307. Noviembre de 1982. Jefatura de Servicios de Planificación Familiar. Instituto Mexicano del Seguro Social. 1982. México. p. 301-304.
20. Evaluación del Programa Nacional de Salud. 1983-1986. Secretaría de Salud. México. 1986. p. 3.

21. Explosión Demográfica. Jefatura de Servicios de Planificación Familiar. Instituto Mexicano del Seguro Social. 1973. México.
22. Factores de Riesgo Reproductivo en Mujeres en Edad Fértil no Ebarazadas. Documento didáctico para la capacitación del personal integrante de los equipos de salud en unidades médicas del primer nivel de atención. Jefatura de Servicios de Planificación familiar. Instituto Mexicano del Seguro Social. 1985. México. p. 12.
23. Gutiérrez Andrade Patricia. Los Efectos Contrastados de cuatro Tratamientos Experimentales en el Incremento y Reafirmación de la Actitud Favorable hacia la Planificación Familiar en grupos Sensibilizados. Tesis. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. 1977. México.
24. Informe Estadístico de la Jefatura de Servicios de Planificación Familiar. Subdirección General Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social. 1986. México. p. 1-2.
25. Jiménez Ornelas René. Actitudes y Motivos. Tamaño de la Familia. Periódico Excelsior. 18 de julio de 1987. México. p. 1-2.
26. Kerlinger Fred N. Investigación del Comportamiento: Técnicas y Metodología. Ed. Interamericana. 1985, México.
27. Kolle Oswalt. La Magia del Sexo y del Amor. Ed. Daimon de México. 1978. México. p. 379.
28. Kopeliowich Feigel, Mina. Conocimiento y Actitudes sobre Planeación Familiar en una muestra de población asegurada del I.M.S.S. Tesis. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México. 1974. México. p. 30-60.
29. La Mujer en la Salud y el Desarrollo. Publicación Científica. Núm. 448. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la O.M.S. 1983. p. 6, 7, 12, 13 y 35.
30. Labra Manjarrez. A. La Concentración del Ingreso en México: Un Enfoque Sectorial. tomo XVII, Núm. 9. Secretaría de comercio Exterior. 1977. México. p. 723.

31. Leñero Otero Luis. Avances en el área de la investigación Psicosociológica y antropológica en relación con la Planificación Familiar. Reunión Nacional de Investigación Social en Planificación Familiar. 6 al 8 de Marzo de 1978. México. p. 41-76.
32. Leñero Otero Luis. Patrones de Reproducción y Estructura Familiar. Relaciones entre Anticoncepción y Familia en México. Ponencia presentada en la Primera Reunión Nacional sobre la Investigación Demográfica en México. 4 al 18 de Junio de 1977. México. p. 17-21.
33. Ley General de Población. Ed. Porrúa. 1987. México. p.63-66.
34. Malthus Roberto. Primer Ensayo sobre la Población. Ed. Alianza. 1982. Madrid.
35. Malthus: Profeta o Visionario. Revista comunicación y Población Secretaría de Gobernación. Proyecto de Naciones Unidas en Comunicación y Desarrollo. Núm. 1. Sept. 1976. México.
36. Mann León. Elementos de Psicología Social. Ed. Limusa. 1982. - México. p. 199.
37. Manual de Tesis del Departamento de Psicología Social. Reidl - de Aguilar Lucy, Rodríguez Veliz Aida María y Ortega Blake Elsa. Facultad de Psicología. División de Estudios Profesionales. Universidad Nacional Autónoma de México. 1986. México. p. 43-46.
38. Mariscal José David y cols. Consideraciones Biopsicosociales de Mujeres que solicitan esterilización. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 41. Año XXXII, Núm. 243. Instituto Mexicano del Seguro Social. Enero de 1977. México. p. 15-20.
39. Martínez Manautou Jorge y Giner Velázquez Juan. Planificación Familiar, Población-Salud Materno Infantil. Instituto Mexicano del Seguro social. 1984. México. p. 33, 35, 56.
40. Martínez Manoutou Jorge. La revolución Demográfica en México. 1970-1980. Instituto Mexicano del Seguro Social. 1982. México. p. 20, 253.

41. Martínez Manautou Emilio. Segunda Reunión de Evaluación del -- Programa Nacional de Planificación Familiar. Sector Salud y -- Seguridad Social. 1979. México. p. 37-47.
42. Mc Cary Leslie James. Sexualidad Humana. Ed. El Manual Moder- no. 4a. Edición. 1980. México. p. 312.
43. Mc Guigan. Psicología Experimental Enfoque Metodológico. Ed. - Trillas. 1980. México. p. 177-187.
44. Miro Carmen y Joseph Potter. Población y Desarrollo. Ed. Col- mex. 1983. México. p. 125.
45. Morales Ma. Luisa. Psicometría Aplicada. Ed. Trillas. 1976. - México. p. 249.
46. Nie Norman, Hull Madlai. Statistical Package for The Social - Sciences. 1975. New York. MC.Graww Hill.
47. Ossorio Apreza María Elimar. Factores Psicosociales que influ- yen en los hábitos alimentarios de preescolares. Tesis Facul- tad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. 1986. México.
48. Pick de Weiss Susan. Estudio Social Psicológico de la Planifi- cación Familiar. Ed. Siglo XXI. 1979. México. p. 24, 25, 46 y 255.
49. Pohlman Edward. Psicología de la Planificación Familiar. Ed. - Pax. 1974. México. p. 18, 316 y 317.
50. Planificación Familiar, Población y Salud en el México Rural. Instituto Mexicano del Seguro Social. 1986. México. p. 385-389.
51. Plutchik Robert. Fundamentos de Investigación Experimental. 2a. Edición. Ed. Harla. 1974. México. p. 295.
52. Población y Educación. Oficina Regional de la UNESCO. Ed. Pax. 1971. México.

53. Population Reports, Tendencias y Problemas Legales de la Esterilización Voluntaria. The Johns Hopkins University, B. Baltimore, Maryland Serie E. Núm. 6, Mayo de 1982. U.S.A. p. 13-14.
54. Porras Macías Agustín. Repercusiones Económicas y Sociales del Descenso de la Fecundidad en México. Reunión Preparatoria de - Consulta Popular I.E.P.E.S. 5 de Marzo de 1982. México.
55. Programa de Planificación Familiar Voluntaria. Subdirección General Médica. Instituto Mexicano del Seguro social. 1979. México. p. 9-10.
56. Programa Nacional de Educación Sexual. Consejo Nacional de Población. 1977-1982. México. p. 17.
57. Programa Nacional de Planificación Familiar. consejo Nacional de Población. 1985-1988. México. p. 9-89.
58. Reinhard M. y Armengaud A. Historia de la Población Mundial. Ed. Ariel. 1966. Barcelona. p. 31-37.
59. Rodríguez Aroldo. Psicología Social. Ed. Trillas. 1977. México. p. 508.
60. Ruiz Velasco Victor. Aspectos Prácticos de los Métodos de Planificación Familiar. Ed. Méndez Uteo. 1979. México. p. 47, 154, 173, 177, 199 y 200.
61. Sherif M. y Sherif. C. W. Psicología Social. Ed. Harla. 1975. México.
62. Velez C. Torres y Ochoa G. Técnicas de Investigación Documental. Universidad Nacional Autónoma de México. 1980. México.
63. Viel Benjamín. La Explosión Demográfica. Ed. Pax. 1976. México.
64. Westinghouse Health Systems and coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar. contraceptive Prevalence - - survey. México. Summary Report. Columbia. Maryland. Westinghouse. Health Systems. 1978. p. 7.

A N E X O S

UNIDAD _____

SERVICIO _____

MES _____

FECHA _____

DELEGACION 36 D.F. NORESTE
PLANIFICACION FAMILIAR

REGISTRO DIARIO

VALORACION DE RIESGO REPRODUCTIVO
MUJERES NO EMBARAZADAS (15-49 AÑOS)

ELABORO _____

ENTREVISTAS _____

CON RIESGO _____

SIN RIESGO _____

CON METODO _____

SIN METODO _____

	ANTECEDENTES GENERALES										ANT. PAT. OBST.			ANT. PERS. PATOLOG.			C/S		COMENTARIOS				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
NOMBRE Y CEDULA	EDAD -19 y + 35	TIEMPO TRANSCURRIDO ULTIMO EMB. DE 18 MESES	PESO CORPORAL -40 y + 70 Kg.	No. DE GESTACIONES	No. DE HIJOS VIVOS	No. DE ABORTOS	No. DE MUERTES FETALES	No. DE MUERTES 1o. MES DE VIDA	No. DE MUERTES 1o. AÑO DE VIDA	TOXEMIA SEVERA O ECLAMPSIA	PARTO PREMATURO	MALFORMACIONES	CESAREA PREVIA	SANGRADO 2o. MITAD DEL EMBARAZO Y PARTO	DIABETES	CARDIOPATIA	HIPERTENSION	ENF. RENAL CRONICA	TUBERCULOSIS	CIRROSIS HEPATICA	METODO DE PLANIF. FAM.	SE ENVIO A	CLINICA DE ADSCRIPCION
CON RIESGO																							

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION No. 2 DEL VALLE DE MEXICO
 JEFATURA DE SERVICIOS MEDICOS
 PLANIFICACION FAMILIAR

CRONICA DE GRUPO

UNIDAD _____

DEPARTAMENTO _____

TIPO DE POBLACION: PRENATAL _____ USUARIOS _____ NO USUARIOS _____

COMUNIDAD _____ POSTPARTO-ABORTO _____ OTROS _____

FECHA _____ HORA DE INICIO _____ HORA DE TERMINO _____

LUGAR _____

NUMERO DE ASISTENTES _____ MUJERES _____ HOMBRES _____

PARTICIPACION DE OTRO PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD _____

MATERIAL DE APOYO UTILIZADO _____

PREGUNTAS DEL GRUPO Y RESPUESTAS DEL EDUCADOR _____

ACCIONES REALIZADAS Y PENDIENTES DE REALIZAR _____

OBSERVACIONES _____

SUPERVISOR

 NOMBRE Y FIRMA

 NOMBRE Y FIRMA DEL EDUCADOR

ANEXO 3.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

JEFATURA DE PLANIFICACION FAMILIAR

PFF 008/80

INFORME DE ACTIVIDADES DE PROMOCION POR AGENTE				MES	
TIPO DE POBLACION	NUMERO DE GRUPOS	NUMERO DE ASISTENTES	NUMERO DE PERSONAS - ENTREVISTADAS	PERSONAS INFORMADAS	
EMBARAZADAS					
NO EMBARAZADAS					
EN COMUNIDAD					
OTROS					
T O T A L					

GRUPOS ENTREVISTAS

	EMBARAZO	NO EMBARAZO	EMBARAZO	NO EMBARAZO
CON RIESGO				
SIN RIESGO				
CON METODO				
SIN METODO				
TOTAL				
NOMBRE Y CATEGORIA			FECHA	

INSTITUCIÓN FEDERAL DE SERVICIO SOCIAL
 INSTITUCIÓN FEDERAL PEDAGÓGICA
 JUVENTUD DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
 UNICIÓN MENSUAL DE ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN

DELEGACIÓN _____
 UNIDAD _____

1985 _____

TIPO DE POBLACION	TRABAJO SOCIAL		FIDELIDAD		ASIST. MEDICA.		RIESGO REPROD.	MÉTODO		META		LOGRO				
	C. M. S.	Educa. via. S. S.	C. M. S.	Faltas via. S. S.	ENTREV. INFORMAT.	META	%	C. R.	C. M.	Cpos. Organiz.	Entrev. vis. ene	CAUTOS		ENTREVIST		
												No.	%	No.	%	
EMBARAZADAS																
NO EMBARAZADAS																
POST-PARTO-POST PARTO																
ADOLESCENTES																
COMUNIDAD	EMBARAZADAS															
	NO EMBARAZADAS															
	ADOLESCENTES															
	OTROS															
OTROS																
TOTALES																

FUENTE: Crónica de grupo
 cód. de valoración de R.R.

DELEGACIÓN DE LA UNIDAD _____

FECHA _____



SUB DIRECCION GENERAL MEDICA

Cuadro de asistencia por consulta externa

FECHA _____

(MUNICIPIO)

CLASIFICACION
DE CONSULTAS
CLASIFICACION
DE SERVICIOS

NUMERO DE AFILIACION Y NOMBRE

NUM. PROGRESO / HORA C. T.	Codigo de Consulta																				Motivo de la consulta							
	1. 1ª VEZ	2. 2ª VEZ	3. 3ª VEZ	4. 4ª VEZ	5. 5ª VEZ	6. 6ª VEZ	7. 7ª VEZ	8. 8ª VEZ	9. 9ª VEZ	10. 10ª VEZ	11. 11ª VEZ	12. 12ª VEZ	13. 13ª VEZ	14. 14ª VEZ	15. 15ª VEZ	16. 16ª VEZ	17. 17ª VEZ	18. 18ª VEZ	19. 19ª VEZ	20. 20ª VEZ								
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												

ANEXO No. 6

CUESTIONARIOS DE LOS GRUPOS 1 Y 2.

GRUPO 1.

CUESTIONARIO SOBRE LOS POSIBLES EFECTOS
PSICOSOCIALES DE LA OCLUSIÓN TUBARIA

CUESTIONARIO No. _____

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

() 1. EDAD

1. 15 A 19 AÑOS
2. 20 A 24 AÑOS
3. 25 A 29 AÑOS
4. 30 A 34 AÑOS
5. 35 A 39 AÑOS
6. 40 A 44 AÑOS
7. 45 A 49 AÑOS

() 2. ESTADO CIVIL

1. SOLTERA
2. SEPARADA
3. DIVORCIADA
4. VIUDA
5. UNION LIBRE
6. CASADA ÚNICAMENTE POR LO CIVIL
7. CASADA ÚNICAMENTE POR LA IGLESIA
8. CASADA POR LO CIVIL Y POR LA IGLESIA

() 3. ¿QUE RELIGIÓN PRACTICA?

1. CATOLICA
2. EVANGELICA
3. ESPIRITISTA
4. TESTIGO DE JEHOVA
5. MORMONA
6. NINGUNA

() 4. ¿HASTA QUE AÑO ESCOLAR CURSO USTED?

1. ANALFABETA
2. SABE LEER Y ESCRIBIR
3. PRIMARIA INCOMPLETA
4. PRIMARIA COMPLETA
5. SECUNDARIA O COMERCIO INCOMPLETO
6. SECUNDARIA O COMERCIO COMPLETO
7. BACHILLERATO O ESTUDIOS TECNICOS INCOMPLETOS
8. BACHILLERATO O ESTUDIOS TECNICOS COMPLETOS
9. ESTUDIOS SUPERIORES INCOMPLETOS
10. ESTUDIOS SUPERIORES COMPLETOS
11. OTROS

() 5. ¿CUAL ES LA OCUPACION DE USTED?

1. HOGAR
2. TRABAJADORA DOMESTICA
3. OBRERA NO ESPECIALIZADA
4. COMERCIANTE
5. OBRERA ESPECIALIZADA
6. EMPLEADA
7. TECNICA
8. PROFESIONISTA

() 6. ¿HASTA QUE AÑO CURSO SU PAREJA?

1. ANALFABETA
2. SABE LEER Y ESCRIBIR
3. PRIMARIA INCOMPLETA
4. PRIMARIA COMPLETA
5. SECUNDARIA O COMERCIO INCOMPLETO
6. SECUNDARIA O COMERCIO COMPLETO
7. BACHILLERATO O ESTUDIOS TECNICOS INCOMPLETOS
8. BACHILLERATO O ESTUDIOS TECNICOS COMPLETOS
9. ESTUDIOS SUPERIORES INCOMPLETOS
10. ESTUDIOS SUPERIORES COMPLETOS
11. OTROS

() 7. ¿CUAL ES LA OCUPACION DE SU PAREJA?

1. DESEMPLEADO
2. TRABAJADOR DOMESTICO
3. OBRERO NO ESPECIALIZADO
4. COMERCIANTE
5. OBRERO ESPECIALIZADO
6. EMPLEADO
7. TECNICO
8. PROFESIONAL

() 8. ¿CUALES SON MENSUALMENTE SUS INGRESOS ECONOMICOS FAMILIARES?

1. 8.400 A 12.400 PESOS
2. 12.401 A 16.401 PESOS
3. 16.402 A 20.402 PESOS
4. 20.403 A 24.403 PESOS
5. 24.404 A 28.404 PESOS
6. 28.405 A 32.405 PESOS
7. 32.405 A 36.406 PESOS
8. 36.407 A 40.407 PESOS
9. 40.408 A 44.408 PESOS
10. MAS DE 44.409 PESOS

() 9. ¿CUANTOS HIJOS TIENE?

1. UN HIJO
2. DOS HIJOS
3. TRES HIJOS
4. CUATRO HIJOS
5. CINCO HIJOS
6. SEIS HIJOS
7. SIETE HIJOS
8. OCHO HIJOS
9. NUEVE HIJOS
10. DIEZ HIJOS

- () 10. ¿CUAL FUE EL MOTIVO POR EL QUE SE OPERO?
1. POCA EFECTIVIDAD DE OTROS METODOS ANTICONCEPTIVOS
 2. POR LOS EFECTOS COLATERALES DE OTROS METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE AFECTABAN SU SALUD
 3. POR PROBLEMA DE SALUD RESULTABA PELIGROSO QUE SE EMBARAZARA
 4. INSUFICIENCIA ECONOMICA PARA SOLVENTAR LOS GASTOS -- ORIGINADOS POR MAS HIJOS
 5. LIMITACION DE TIEMPO PARA ATENDER ADECUADAMENTE A -- LOS HIJOS.
 6. POR ENCONTRARSE SATISFECHA CON EL NUMERO DE HIJOS QUE TENIAN.
 7. ALTERACIONES EN LA MENSTRUACION
 8. PARA NO TENER MAS HIJOS POR FALLECIMIENTO DE SU PAREJA
 9. MALAS RELACIONES CON SU PAREJA, ENFERMEDAD DEL ULTIMO HIJO
 10. INESTABILIDAD DE SU SITUACION CONYUGAL
 11. POCA EFECTIVIDAD DE OTROS METODOS ANTICONCEPTIVOS Y SITUACION INESTABLE
 12. INSUFICIENCIA ECONOMICA PARA SOLVENTAR LOS GASTOS -- POR MAS HIJOS Y ESTAR SATISFECHA CON EL NUMERO DE HIJOS QUE TENIAN
 13. POR PROBLEMAS DE SALUD Y ESTAR SATISFECHA CON EL NUMERO DE HIJOS QUE TENIAN
 14. POR EFECTOS COLATERALES DE OTROS METODOS Y ESTAR SATISFECHA CON EL NUMERO DE HIJOS QUE TENIAN.
 15. LIMITACIONES DE TIEMPO PARA ATENDER A LOS HIJOS Y ESTAR SATISFECHA CON EL NUMERO DE HIJOS QUE TENIAN.
 16. POR ENCONTRARSE SATISFECHA CON EL NUMERO DE HIJOS QUE TENIAN Y POR INESTABILIDAD DE SU SITUACION CONYUGAL.
- () 11. ¿SU PAREJA ESTUVO DE ACUERDO EN QUE USTED SE OPERARA?
1. NO
 2. SI

- () 12. SI NO ESTUVO DE ACUERDO SU PAREJA EN QUE USTED SE OPERARA, ¿ESTA ENTERADO ACTUALMENTE DE QUE LO HIZO?
1. NO
 2. SI
- () 13. ¿HA TENIDO PROBLEMAS CON SU PAREJA POR HABERSE OPERADO?
1. SI
 2. NO
- () 14. ¿ANTES DE LA OPERACION COMO SE LLEVABA CON SU PAREJA?
1. MUY MAL
 2. MAL
 3. REGULAR
 4. BIEN
 5. MUY BIEN
- () 15. ¿ANTES DE OPERARSE USO OTROS METODOS ANTICONCEPTIVOS?
1. NO
 2. SI
- () 16. ¿CUALES?
1. COITO INTERRUPTO
 2. RITMO
 3. LOCALES
 4. DISPOSITIVO INTRAUTERINO
 5. ORALES
 6. INYECTABLES
 7. DISPOSITIVO INTRAUTERINO Y ORALES
 8. DISPOSITIVO INTRAUTERINO E INYECTABLES
 9. LOCALES, ORALES E INYECTABLES
 10. LOCALES, DISPOSITIVO INTRAUTERINO, ORALES E INYECTABLES
- () 17. ¿CUANDO USO METODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES SU PAREJA ESTUVO DE ACUERDO?
1. NO SABE
 2. NO
 3. SI

- () 18. ¿TUVO PROBLEMAS DE SALUD POR EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS?
1. SI
 2. NO
- () 19. ¿QUE TIPO DE PROBLEMAS DE SALUD?
1. ULCERAS EN EL CUELLO DE LA MATRIZ
 2. ALTERACIONES DEL SUERO
 3. ALTERACIONES DE LA MENSTRUACION
 4. VOMITO
 5. COLICOS
 6. MANCHAS EN LA CARA
 7. NERVIOSISMO
 8. AUMENTO DE PESO
 9. MANCHAS EN LAS MANOS
 10. CEFALEA
 11. ALTERACIONES DE LA MENSTRUACION Y NERVIOSISMO
 12. VOMITO, COLICOS Y NERVIOSISMO
 13. NERVIOSISMO Y AUMENTO DE PESO
- () 20. ¿EL MEDICO LE DIJO QUE ESOS PROBLEMAS DE SALUD ERAH CONSECUENCIA DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES?
1. SI
 2. NO
- () 21. ¿SE EMBARAZO CUANDO USO METODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES?
1. SI
 2. NO
- () 22. EN CASO AFIRMATIVO CONTESTAR ¿QUE METODO ANTICONCEPTIVO ESTABA UTILIZANDO?
1. COITO INTERRUPTO
 2. RITMO
 3. LOCAL

4. DISPOSITIVO INTRAUTERINO
5. ORALES
6. INYECTABLES
7. OTROS

() 23. ¿POR QUE SUSPENDIO EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES?

1. PROBLEMAS DE SALUD
2. POR LOS EFECTOS COLATERALES DE LOS METODOS
3. POCA EFECTIVIDAD DE ESOS METODOS
4. POR HABER DECIDIDO OPERARSE

() 24. DESPUES DE LA OPERACION SU ESTADO DE SALUD:

1. EMPEORO
2. PERMANECIO IGUAL
3. MEJORO

() 25. ¿TIENE O TUVO ALGUN MALESTAR O PADECIMIENTO FISICO ATRIBUIBLE A LA OPERACION?

1. SI
2. NO
3. NO SABE SI ES ATRIBUIBLE A LA OPERACION

() 26. EN CASO DE CONTESTAR AFIRMATIVAMENTE ¿QUE TIPO DE MALESTAR O PADECIMIENTO?

1. ULCERA EN EL CUELLO DE LA MATRIZ
2. ALTERACIONES DEL SUEÑO
3. ALTERACIONES EN LA MENSTRUACION
4. VOMITO
5. COLICOS
6. MANCHAS EN LA CARA
7. NERVIOSISMO
8. DOLOR EN LA ESPALDA POR EL BLOQUEO
9. DOLOR DE PIERNAS
10. FLUJO

11. MOLESTIAS DE LA HERIDA AL CAMINAR
12. PROBLEMA RENAL
13. INFLAMACION DEL VIENTRE
14. MAREOS
15. ALTERACIONES DE LA MENSTRUACION Y DOLOR DE ESPALDA
16. COLICOS Y DOLOR DE PIERNAS
17. COLICOS E INFLAMACION DEL VIENTRE
18. NERVIOSISMO Y DOLOR EN LA ESPALDA POR EL BLOQUEO

- () 27. ¿ESTA O HA ESTADO EN TRATAMIENTO PSIQUIATRICO O PSICOLOGICO?
1. SI
 2. NO
- () 28. EN CASO AFIRMATIVO CONTESTAR:
1. ANTES DE LA OPERACION
 2. DESPUES DE LA OPERACION
- () 29. ¿DESPUES DE LA OPERACION HA TENIDO ALGUN EMBARAZO?
1. SI
 2. NO
- () 30. ¿ANTES DE LA OPERACION CON QUE FRECUENCIA TENIA RELACIONES SEXUALES?
1. UNA VEZ CADA QUINCE DIAS
 2. UNA VEZ A LA SEMANA
 3. DOS VECES POR SEMANA
 4. TRES VECES POR SEMANA
 5. CUATRO VECES POR SEMANA
 6. CINCO VECES POR SEMANA
 7. DIARIAMENTE
 8. UNA VEZ AL MES
 9. TRES VECES AL MES

- () 31. ¿LE GUSTABA TENER RELACIONES SEXUALES?
1. NO
 2. ALGUNAS VECES
 3. SI
- () 32. ¿ANTES DE LA OPERACION EVITABA TENER RELACIONES SEXUALES?
1. SI
 2. ALGUNAS VECES
 3. NO
- () 33. ¿TENIA SATISFACCION EN SUS RELACIONES SEXUALES ANTES DE OPERARSE?
1. NO
 2. ALGUNAS
 3. SI
- () 34. ¿CREE QUE ANTES DE LA OPERACION SU PAREJA TENIA SATISFACCION EN SUS RELACIONES SEXUALES?
1. NO
 2. NO SABE
 3. ALGUNAS VECES
 4. SI
- () 35. DESPUES DE LA OPERACION LA FORMA EN QUE SE LLEVABA CON SU PAREJA?
1. EMPEORO
 2. PERMANECIO IGUAL
 3. MEJORO
- () 36. ¿CAMBIARON SUS RELACIONES SEXUALES DESPUES DE LA OPERACION?
1. SI
 2. NO

- () 37. EN CASO AFIRMATIVO CONTESTAR
1. DESFAVORABLEMENTE
 2. FAVORABLEMENTE
- () 38. ¿DESPUES DE LA OPERACION CON QUE FRECUENCIA HA TENIDO -
RELACIONES SEXUALES?
1. NO TIENE RELACIONES SEXUALES POR PROBLEMAS CON SU PA-
REJA
 2. UNA VEZ CADA QUINCE DIAS
 3. UNA VEZ POR SEMANA
 4. DOS VECES POR SEMANA
 5. TRES VECES POR SEMANA
 6. CUATRO VECES POR SEMANA
 7. CINCO VECES POR SEMANA
 8. DIARIAMENTE
 9. UNA VEZ AL MES
 10. TRES VECES AL MES
- () 39. ¿LE GUSTA TENER RELACIONES SEXUALES?
1. NO
 2. A VECES
 3. SI
- () 40. ¿ACTUALMENTE EVITA TENER RELACIONES SEXUALES?
1. SI
 2. ALGUNAS VECES
 3. NO
- () 41. ¿DESPUES DE HABERSE OPERADO HA TENIDO SATISFACCION EN SUS
RELACIONES SEXUALES?
1. NO
 2. ALGUNAS VECES
 3. SI
 4. NO SABE

- () 42. ¿CREE QUE DESPUES DE LA OPERACION SU PAREJA HA TENIDO -
SATISFACCION EN SUS RELACIONES SEXUALES?
1. NO
2. NO SABE
3. ALGUNAS VECES
4. SI
5. ACTUALMENTE NO TIENE RELACIONES SEXUALES
- () 43. ¿ESTA SATISFECHA CON EL NUMERO DE HIJOS QUE TIENE?
1. SI
2. NO
- () 44. ¿CREE QUE SU PAREJA ESTE SATISFECHA CON EL NUMERO DE -
HIJOS QUE TIENEN?
1. NO
2. SI
3. DESEABA TENER MENOS HIJOS
- () 45. ¿DESPUES DE LA OPERACION HA DESEADO TENER OTRO HIJO?
1. SI
2. NO
- () 46. EN CASO DE CONTESTAR AFIRMATIVAMENTE ¿POR QUE?
1. LE GUSTAN LOS NIROS
2. HA MEJORADO SU SITUACION ECONOMICA
3. YA TIENE TIEMPO PARA CUIDARLOS
4. PORQUE DESEA VOLVER A CASARSE O PREEE UNA NUEVA UNION
5. PARA DISFRUTAR EL EMBARAZO
6. PARA RECUPERAR A SU ESPOSO
7. PARA QUE SU HIJO TENGA UN HERMANO
- () 47. ¿CREE QUE DESPUES DE LA OPERACION SU PAREJA HA DESEADO -
TENER OTRO HIJO?
1. SI
2. NO SABE
3. NO

- () 48. EN CASO DE CONTESTAR AFIRMATIVAMENTE ¿POR QUE?
1. LE GUSTAN LOS NIÑOS
 2. HA MEJORADO SU SITUACION ECONOMICA
 3. PORQUE DESEA VOLVER A CASARSE
 4. PARA RECONCILIARSE CON SU ESPOSO
 5. DESEA UNA FAMILIA NUMEROSA
- () 49. ¿CUANTOS HIJOS CONSIDERA QUE DEBE TENER UNA PAREJA?
1. UN HIJO
 2. DOS HIJOS
 3. TRES HIJOS
 4. CUATRO HIJOS
 5. CINCO HIJOS
 6. SEIS HIJOS
 7. SIETE HIJOS
 8. OCHO HIJOS
 9. NUEVE HIJOS
 10. DIEZ HIJOS
- () 50. ¿LE HA PLATICADO A ALGUIEN QUE SE OPERO?
1. NO
 2. SI
- () 51. EN CASO DE CONTESTAR NEGATIVAMENTE, DIGA ¿POR QUE?
1. NO HA TENIDO OPORTUNIDAD
 2. PARA EVITAR COMENTARIOS NEGATIVOS
 3. POR SER ALGO MUY PERSONAL
 4. PARA QUE SU PAREJA NO LO SEPA
- () 52. ¿LAS PERSONAS CERCANAS A USTED LA CRITICARON PORQUE SE OPERO?
1. SI
 2. NO

- () 53. ¿CREE QUE EL HECHO DE QUE UNA MUJER SE OPERE LA LIMITA EN ALGUNA COSA?
1. SI
 2. NO
- () 54. EN CASO AFIRMATIVO ¿EN QUE CONSIDERA QUE LA LIMITARIA?
1. LA PERSONA YA NO ES LA MISMA, DEJA DE SER MUJER.
- () 55. ¿SI ESTUVIERA EN CONDICIONES DE HACERLO SE VOLVERIA A OPERAR?
1. NO
 2. SI
- () 56. EN CASO DE CONTESTAR NEGATIVAMENTE ¿POR QUE?
1. POR PROBLEMAS DE SALUD ATRIBUIDOS A LA OPERACION
 2. PARA PODER TENER HIJOS EN UNA NUEVA UNION
 3. DESEA TENER OTRO HIJO
 4. PORQUE AUN OPERADA SE VOLVIO A EMBARAZAR
 5. POR HABER TENIDO TRASTORNOS CON SU MENSTRUACION
- () 57. ¿LE RECOMENDARIA A OTRAS MUJERES QUE SE OPERARAN?
1. NO
 2. SI
- () 58. EN CASO DE RESPONDER NEGATIVAMENTE ¿ POR QUE?
1. DE ACUERDO AL NUMERO DE HIJOS QUE TENGAN
 2. EL SACERDOTE LE DIJO QUE NO DEBERIA RECOMENDARLA
 3. LO DEJARIA A CRITERIO DE CADA QUIEN
 4. POR PROBLEMAS DE SALUD Y PSICOLOGICOS
- () 59. ¿QUE VENTAJAS CREE QUE TENGAN LAS PERSONAS QUE SE HAN OPERADO PARA YA NO TENER HIJOS?
1. NINGUNA
 2. RELACIONES SEXUALES MAS SATISFACTORIAS
 3. ELIMINAR PROBLEMAS DE SALUD POR EL USO DE OTROS METODOS ANTICONCEPTIVOS.

4. EVITAR EMBARAZOS NO DESEADOS
5. PUEDE TENER RELACIONES SEXUALES SIN TEMOR A EMBARAZARSE
6. DISPONER DE MAS TIEMPO PARA SU FAMILIA Y PERSONA
7. MAYOR ATENCION A LOS HIJOS
8. MEJOR EDUCACION PARA SUS HIJOS
9. MEJORAR SITUACION ECONOMICA
10. SER MAS INDEPENDIENTE
11. EVITAR PROBLEMAS CON LA PAREJA
12. EVITAR EMBARAZOS NO DESEADOS Y MAS TIEMPO PARA SU FAMILIA Y PERSONA

() 60. ¿QUE DESVENTAJAS CREE QUE TENGAN LAS PERSONAS QUE SE HAN OPERADO PARA YA NO TENER HIJOS?

1. NINGUNA
2. RELACIONES SEXUALES MENOS SATISFACTORIAS
3. PROBLEMAS DE SALUD ATRIBUIDOS A LA OPERACION
4. NO PODER EMBARAZARSE CUANDO LO DESEEN
5. PROBLEMAS CON SU PAREJA POR HABERSE OPERADO
6. VOLVERSE A EMBARAZAR

() 61. CUANDO TENGO QUE RESOLVER UN PROBLEMA:

1. PREFIERO ENFRENTARME A LA SITUACION
2. PREFIERO ESPERAR Y VER QUE PASA

() 62.

1. TEMO QUE ALGO SALGA MAL
2. PIENSO QUE LO VOY A RESOLVER

() 63.

1. PIENSO EN LO QUE PUEDE LLEGAR A PASAR
2. NO PIENSO EN NADA Y ESPERO A VER QUE PASA

() 64.

1. ME GUSTA PENSAR EN COSAS DIFERENTES
2. PIENSO EN COMO PODRIA RESOLVERLO

() 65. EN MOMENTOS DIFICILES ME SIENTO



1. CONFIADA



2. TRISTE

3. OPTIMISTA



4. PREOCUPADA



FECHA _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: _____

CUESTIONARIO SOBRE LOS POSIBLES EFECTOS PSICOSOCIALES
DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES

CUESTIONARIO No _____

NOMBRE: _____

DOMICILIO _____

() 1. EDAD

1. 15 A 19 AÑOS
2. 20 A 24 AÑOS
3. 25 A 29 AÑOS
4. 30 A 34 AÑOS
5. 35 A 39 AÑOS
6. 40 A 44 AÑOS
7. 45 A 49 AÑOS

() 2. ESTADO CIVIL

1. SOLTERA
2. SEPARADA
3. DIVORCIADA
4. VIUDA
5. UNION LIBRE
6. CASADA UNICAMENTE POR LO CIVIL
7. CASADA UNICAMENTE POR LA IGLESIA
8. CASADA POR LO CIVIL Y POR LA IGLESIA

() 3. ¿QUE RELIGION PRACTICA?

1. CATOLICA
2. EVANGELICA
3. ESPIRITISTA
4. TESTIGO DE JEHOVA
5. MORMONA
6. NINGUNA

() 4. ¿HASTA QUE AÑO ESCOLAR CURSO USTED?

1. ANALFABETA
2. SABE LEE Y ESCRIBIR
3. PRIMARIA INCOMPLETA
4. PRIMARIA COMPLETA
5. SECUNDARIA O COMERCIO INCOMPLETO
6. SECUNDARIA O COMERCIO COMPLETO
7. BACHILLERATO O ESTUDIOS TECNICOS INCOMPLETOS
8. BACHILLERATO O ESTUDIOS TECNICOS COMPLETOS
9. ESTUDIOS SUPERIORES INCOMPLETOS
10. ESTUDIOS SUPERIORES COMPLETOS
11. OTROS

() 5. ¿CUAL ES LA OCUPACION DE USTED?

1. HOGAR
2. TRABAJADORA DOMESTICA
3. OBRERA NO ESPECIALIZADA
4. COMERCIANTE
5. OBRERA ESPECIALIZADA
6. EMPLEADA
7. TECNICA
8. PROFESIONISTA

() 6. ¿HASTA QUE AÑO ESCOLAR CURSO SU PAREJA?

1. ANALFABETA
2. SABE LEER Y ESCRIBIR
3. PRIMARIA INCOMPLETA
4. PRIMARIA COMPLETA
5. SECUNDARIA O COMERCIO INCOMPLETO
6. SECUNDARIA O COMERCIO COMPLETO
7. BACHILLERATO O ESTUDIOS TECNICOS INCOMPLETOS
8. BACHILLERATO O ESTUDIOS TECNICOS COMPLETOS
9. ESTUDIOS SUPERIORES INCOMPLETOS
10. ESTUDIOS SUPERIORES COMPLETOS

() 7. ¿CUAL ES LA OCUPACION DE SU PAREJA?

1. DESEMPLEADO
2. TRABAJADOR DOMESTICO
3. OBRERO NO ESPECIALIZADO
4. COMERCIANTE
5. OBRERO ESPECIALIZADO
6. EMPLEADO
7. TECNICO
8. PROFESIONISTA

() 8. ¿CUALES SON MENSUALMENTE SUS INGRESOS ECONOMICOS FAMILIARES?

1. 8.400.00 A 12.400.00 PESOS
2. 12.401.00 A 16.401.00 PESOS
3. 16.402.00 A 20.402.00 PESOS
4. 20.403.00 A 24.403.00 PESOS
5. 24.404.00 A 28.404.00 PESOS
6. 28.405.00 A 32.405.00 PESOS
7. 32.406.00 A 36.406.00 PESOS
8. 36.407.00 A 40.407.00 PESOS
9. 40.408.00 A 44.408.00 PESOS
10. MAS DE 44.409.00 PESOS

() 9. ¿CUANTOS HIJOS TIENE?

1. UN HIJO
2. DOS HIJOS
3. TRES HIJOS
4. CUATRO HIJOS
5. CINCO HIJOS
6. SEIS HIJOS
7. SIETE HIJOS
8. OCHO HIJOS
9. NUEVE HIJOS
10. DIEZ HIJOS

- () 10. ¿COMO SE LLEVA CON SU PAREJA?
1. MUY MAL
 2. MAL
 3. REGULAR
 4. BIEN
 5. MUY BIEN
- () 11. ¿QUE METODOS ANTICONCEPTIVOS HA USADO?
1. COITO INTERRUPTO
 2. RITMO
 3. LOCALES
 4. DISPOSITIVO INTRAUTERINO
 5. ORALES
 6. INYECTABLES
 7. COITO INTERRUPTO Y DISPOSITIVO INTRAUTERINO
 8. DISPOSITIVO INTRAUTERINO Y ORALES
 9. DISPOSITIVO INTRAUTERINO E INYECTABLES
 10. DISPOSITIVO INTRAUTERINO, ORALES E INYECTABLES
- () 12. ¿SU PAREJA ESTA DE ACUERDO EN QUE USE METODOS ANTICONCEPTIVOS?
1. NO SABE
 2. NO
 3. SI
- () 13. ¿HA TENIDO PROBLEMAS DE SALUD POR EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS?
1. SI
 2. NO
- () 14. ¿QUE TIPO DE PROBLEMAS DE SALUD O MALESTARES HA TENIDO -
POR EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS?
1. ULCERAS EN EL CUELLO DE LA MATRIZ
 2. ALTERACIONES DEL SUERO

3. ALTERACIONES EN LA MENSTRUACION
4. VOMITO
5. COLICOS
6. MANCHAS EN LA CARA
7. MAREOS
8. NERVIOSISMO
9. CEFALEA Y DOLOR DE PEZONES
10. ADELGAZAMIENTO
11. AUMENTO DE PESO
12. VARICES
13. ALTERACIONES DEL SUEÑO Y MAREOS
14. NERVIOSISMO Y VARICES

- () 15. ¿EL MEDICO LE DIJO QUE ESOS PROBLEMAS DE SALUD ERAN CON-
SECUENCIA DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS?
1. SI
 2. NO
- () 16. ¿ESTA O HA ESTADO EN TRATAMIENTO PSIQUIATRICO O PSICOLO-
GICO?
1. SI
 2. NO
- () 17. EN CASO AFIRMATIVO CONTESTAR:
1. ANTES DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
 2. DESPUES DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
- () 18. ¿SE HA EMBARAZADO CON EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS?
1. SI
 2. NO
- () 19. EN CASO AFIRMATIVO CONTESTAR QUE METODO ANTICONCEPTIVO
ESTABA UTILIZANDO?
1. COITO INTERRUPTO
 2. RITMO

3. FOCKELN
4. BEWEGUNGSGRÖßEN
5. WÄRMEN
6. TEMPERATUREN
7. DRUCK

() 20. WELCHE DER FOLGENDEN IST KEINE BEWEGUNGSGRÖßE?

1. DIE ZUGKRAFT
2. DIE ZUGARBEIT
3. DIE ZUGLEISTUNG
4. DIE ZUGVERFORMUNG
5. DIE ZUGVERFORMUNGSGRÄDE
6. DIE ZUGVERFORMUNGSGRÄDE
7. DIE ZUGVERFORMUNG
8. DIE ZUGKRAFT
9. DIE ZUGLEISTUNG

() 21. WELCHE DER FOLGENDEN IST KEINE BEWEGUNGSGRÖßE?

1. 0/6
2. 1/6
3. 2/6

() 22. WELCHE DER FOLGENDEN IST KEINE BEWEGUNGSGRÖßE?

1. 1/6
2. 2/6
3. 0/6

() 23. WELCHE DER FOLGENDEN IST KEINE BEWEGUNGSGRÖßE?

1. 1/6
2. 2/6
3. 0/6

() 24. WELCHE DER FOLGENDEN IST KEINE BEWEGUNGSGRÖßE?

1. 1/6
2. 0/6

2. NO SABE
3. ALGUNAS VECES
4. SI

- () 25. ¿ESTA SATISFECHA CON EL NUMERO DE HIJOS QUE TIENE?
1. SI
 2. NO
 3. NO SABE

- () 26. EN CASO NEGATIVO CONTESTAR ¿POR QUE?
1. POR ANTECEDENTES DE FAMILIA NUMEROSA
 2. LE GUSTAN MUCHOS LOS NIÑOS
 3. POR DESEAR UN HIJO DE DIFERENTE SEXO
 4. PARA TENER DE 2 A 3 HIJOS

- () 27. ¿CREE QUE SU PAREJA ESTA SATISFECHA CON EL NUMERO DE HIJOS QUE TIENEN?
1. SI
 2. NO SABE
 3. NO

- () 28. EN CASO NEGATIVO CONTESTAR ¿POR QUE?
1. POR ANTECEDENTES DE FAMILIA NUMEROSA
 2. LE GUSTAN MUCHO LOS NIÑOS
 3. POR DESEAR UN HIJO DE DIFERENTE SEXO
 4. PARA TENER DE 2 A 3 HIJOS

- () 29. ¿CUANTOS HIJOS CONSIDERA QUE DEBE TENER UNA PAREJA?
1. UN HIJO
 2. DOS HIJOS
 3. TRES HIJOS
 4. CUATRO HIJOS
 5. CINCO HIJOS
 6. SEIS HIJOS
 7. SIETE HIJOS
 8. OCHO HIJOS

9. NUEVE HIJOS

10. DIEZ HIJOS

() 30. ¿DESEA TENER OTRO HIJO?

1. NO
2. SI

() 31. EN CASO AFIRMATIVO CONTESTAR ¿POR QUE?

1. POR ANTECEDENTES DE FAMILIA NUMEROSA
2. LE GUSTAN MUCHO LOS NIÑOS
3. PARA TENER UN HIJO DE DIFERENTE SEXO
4. POR TENER DE 2 A 3 HIJOS

() 32. ¿CREE QUE SU PAREJA DESEA TENER OTRO HIJO?

1. SI
2. NO
3. NO SABE

() 33. EN CASO AFIRMATIVO CONTESTAR ¿POR QUE?

1. POR ANTECEDENTES DE FAMILIA NUMEROSA
2. LE GUSTAN MUCHO LOS NIÑOS
3. PARA TENER UN HIJO DE DIFERENTE SEXO
4. PARA TENER DE 2 A 3 HIJOS

() 34. ¿LAS PERSONAS CERCANAS A USTED LA CRITICAN PORQUE USA -
METODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES?

1. SI
2. NO

() 35. ¿CREE QUE EL HECHO DE USAR METODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPO
RALES LA LIMITA EN ALGUNA COSA?

1. SI
2. NO

() 36. EN CASO AFIRMATIVO EN QUE CONSIDERA QUE LA LIMITARIA?

() 37. ¿CONOCE A ALGUIEN QUE SE HAYA OPERADO PARA YA NO TENER HIJOS?

1. SI
2. NO

() 38. ¿QUE VENTAJAS CREE QUE TENGAN LAS PERSONAS QUE SE HAN -- OPERADO PARA YA NO TENER HIJOS?

1. NINGUNA
2. RELACIONES SEXUALES MAS SATISFACTORIAS
3. ELIMINAR PROBLEMAS DE SALUD POR EL USO DE METODOS AN TICONCEPTIVOS
4. EVITAR EMBARAZOS NO DESEADOS
5. TRANQUILIDAD Y ATENCION PARA LOS HIJOS
6. MEJORAR SITUACION ECONOMICA
7. EVITAR EMBARAZOS NO DESEADOS Y DISPONER DE MAYOR TIEM PO

() 39. ¿QUE DESVENTAJAS CREE QUE TENGAN LAS PERSONAS QUE SE HAN OPERADO PARA YA NO TENER HIJOS?

1. NINGUNA
2. RELACIONES SEXUALES MENOS SATISFACOTRIAS
3. PROBLEMAS DE SALUD ATRIBUIDOS A LA OPERACION
4. NO PODER EMBARAZARSE CUANDO LO DESEEN
5. EMBARAZARSE NUEVAMENTE
6. PROBLEMAS DE SALUD ATRIBUIDOS A LA OPERACION Y VOLVER- SE A EMBARAZAR

() 40. ¿SI ESTUVIERA EN CONDICIONES DE OPERARSE PARA NO TENER HI JOS LO HARIA?

1. NO
2. SI

- () 41. EN CASO AFIRMATIVO CONTESTAR ¿POR QUE?
1. CUANDO TENGA EL NUMERO DE HIJOS DESEADO
 2. PARA EVITAR PROBLEMAS DE SALUD CON OTROS METODOS
 3. PORQUE ES UN METODO MAS EFECTIVO PARA EVITAR EMBARAZARSE
- () 42. CUANDO TENGO QUE RESOLVER UN PROBLEMA:
1. PREFIERO ENFRENTARME A LA SITUACION
 2. PREFIERO ESPERAR A VER QUE PASA
- () 43.
1. TEMO QUE ALGO SALGA MAL
 2. PIENSO QUE LO VOY A RESOLVER
- () 44.
1. PIENSO EN LO QUE PUEDA LLEGAR A PASAR
 2. NO PIENSO EN NADA Y ESPERO VER QUE PASA
- () 45.
1. ME GUSTA PENSAR EN COSAS DIFERENTES
 2. PIENSO EN COMO PODRIA RESOLVERLO
- () 46. EN MOMENTOS DIFICILES ME SIENTO:



1. CONFIADA



3. OPTIMISTA



2. TRISTE



4. PREOCUPADA

FECHA: _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: _____

ANEXO No. 7

CODIGOS PARA LOS GRUPOS 1 Y 2

GRUPO 1.

CODIGO

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
1	EDAD	EDAD	1 = 15 A 19 AÑOS
			2 = 20 A 24 AÑOS
			3 = 25 A 29 AÑOS
			4 = 30 A 34 AÑOS
			5 = 35 A 39 AÑOS
			6 = 40 A 44 AÑOS
			7 = 45 A 49 AÑOS
2	ESTADO CIVIL	EDO.CIVIL	1 = SOLTERA
			2 = SEPARADA
			3 = DIVORCIADA
			4 = VIUDA
			5 = UNION LIBRE
			6 = CASADA UNICAMENTE POR EL CIVIL
			7 = CASADA UNICAMENTE POR LA IGLESIA
			8 = CASADA POR LO CIVIL Y POR LA IGLESIA
3	¿QUE RELIGION PRACTICA?	REL	1 = CATOLICA
			2 = EVANGELICA
			3 = ESPIRITISTA
			4 = TESTIGO DE JEHOVA
			5 = MORMONA
			6 = NINGUNA

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
4	¿HASTA QUE AÑO ESCOLAR CURSO USTED?	ESCOL	1 = ANALFABETA 2 = SABE LEER Y ESCRIBIR 3 = PRIMARIA INCOMPLETA 4 = PRIMARIA COMPLETA 5 = SECUNDARIA O COMERCIO INCOMPLETO 6 = SECUNDARIA O COMERCIO COMPLETO 7 = BACHILLERATO O ESTUDIOS TECNICOS INCOMPLETOS 8 = BACHILLERATO O ESTUDIOS TECNICOS COMPLETOS 9 = ESTUDIOS SUPERIORES INCOMPLETOS 10 = ESTUDIOS SUPERIORES COMPLETOS 11 = OTROS
5	¿CUAL ES LA OCUPACION DE USTED?	OCUPA	1 = HOGAR 2 = TRABAJADORA DOMESTICA 3 = OBRERA NO ESPECIALIZADA 4 = COMERCIANTE 5 = OBRERA ESPECIALIZADA

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
			6 = EMPLEADA
			7 = TECNICA
			8 = PROFESIONISTA
6	¿HASTA QUE AÑO ESCOLAR CURSO SU PAREJA?	ESPA	1 = ANALFABETA 2 = SABE LEER Y <u>ES</u> CRIBIR 3 = PRIMARIA INCOMPLETA 4 = PRIMARIA COMPLETA 5 = SECUNDARIA O <u>CO</u> MERCIO INCOMPLETO 6 = SECUNDARIA Y <u>CO</u> MERCIO COMPLETO 7 = BACHILLERATO O ESTUDIOS TECNICOS INCOMPLETOS 8 = BACHILLERATO O ESTUDIOS TECNICOS COMPLETOS 9 = ESTUDIOS <u>SUPE</u> RIORES INCOMPLETOS 10 = ESTUDIOS <u>SUPE</u> RIORES COMPLETOS 11 = OTROS
7	¿CUAL ES LA OCUPACION DE SU PAREJA?	OCUPA	1 = DESEMPLEADO 2 = TRABAJADOR <u>DOME</u> S TICO

NUMERO DE PREGUNTAS	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
			3 = OBRERO NO ESPECIALIZADO
			4 = COMERCIANTE
			5 = OBRERO ESPECIALIZADO
			6 = EMPLEADO
			7 = TECNICO
			8 = PROFESIONAL
8	¿CUALES SON MENSUALMENTE SUS INGRESOS ECONOMICOS - FAMILIARES?	INGRESO	1 = 8.400 A 12.400 PESOS 2 = 12.401 A 16.401 PESOS 3 = 16.402 A 20.402 PESOS 4 = 20.403 A 24.403 PESOS 5 = 24.404 A 28.404 PESOS 6 = 28.405 A 32.405 PESOS 7 = 32.406 A 36.406 PESOS 8 = 36.407 A 40.407 PESOS 9 = 40.408 A 44.408 PESOS 10 = MAS DE 44.409 PESOS
9	¿CUANTOS HIJOS TIENE?	HIJOS	1 = UN HIJO 2 = DOS HIJOS 3 = TRES HIJOS 4 = CUATRO HIJOS 5 = CINCO HIJOS 6 = SEIS HIJOS 7 = SIETE HIJOS 8 = OCHO HIJOS 9 = NUEVE HIJOS 10 = DIEZ HIJOS

NUMERO DE PREGUNTAS	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
10	¿CUAL FUE EL MOTIVO POR EL QUE SE OPERO?	MOTIVO	1 = POCA EFECTIVIDAD DE OTROS - METODOS ANTI-- CONCEPTIVOS 2 = POR LOS EFEC-- TOS COLATERA-- LES DE OTROS - METODOS ANTI-- CONCEPTIVOS QUE AFECTABAN SU - SALUD 3 = POR PROBLEMAS DE SALUD RESUL TABA PELIGROSO QUE SE EMBARAZA RA 4 = INSUFICIENCIA - ECONOMICA PARA SOLVENTAR LOS GASTOS ORIGINA DOS POR MAS HI JOS. 5 = LIMITACION DE - TIEMPO PARA - - ATENDER ADECUA DAMENTE A LOS - HIJOS 6 = POR ENCONTRARSE SATISFECHOS CON EL NUMERO DE HI JOS QUE TENIAN

NUMERO DE PREGUNTAS	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
11			7 = ALTERACIONES EN LA MENSTRUACION
			8 = PARA NO TENER - MAS HIJOS POR - EL FALLECIMIENTO DE SU PAREJA
			9 = MALAS RELACIONES CON SU PAREJA Y ENFERMEDAD DEL ULTIMO HIJO
			10 = INESTABILIDAD DE SU SITUACION CONYUGAL
			11 = POCA EFECTIVIDAD DE OTROS METODOS ANTICONCEPTIVOS Y SITUACION INESTABLE
			12 = INSUFICIENCIA ECONOMICA PARA SOLVENTAR LOS GASTOS ORIGINA DOS POR MAS HIJOS Y ESTAR SATISFECHOS CON EL NUMERO DE HIJOS QUE TENIAN
			13 = POR PROBLEMAS DE SALUD Y ESTAR SATISFECHOS CON EL NUMERO DE HIJOS QUE TENIAN

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
			14 = POR EFECTOS - COLATERALES - DE OTROS METO DOS Y ESTAR - SATISFECHOS - CON EL NUMERO DE HIJOS QUE - TENIAN
			15 = LIMITACION DE TIEMPO PARA - ATENDER A LOS HIJOS Y ESTAR SATISFECHOS - CON EL NUMERO DE HIJOS QUE TENIAN
			16 = POR ENCONTRAR- SE SATISFECHOS CON EL NUMERO DE HIJOS QUE - TENIAN Y POR - INESTABILIDAD DE SU SITUA-- CION CONYUGAL
11	¿SU PAREJA ESTU VO DE ACUERDO EN QUE USTED SE -- OPERARA?	ACUERDO	1 = NO 2 = SI
12	SI NO ESTUVO DE ACUERDO SU PARE JA EN QUE USTED SE OPERARA ¿ESTA	NOACUE	1 = NO 2 = SI

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
	ENTERADA ACTUAL MENTE DE QUE LO HIZO?		
13	¿HA TENIDO PRO- BLEMAS CON SU PAREJA POR HA- BERSE OPERADO?	PROBLEMA	1 = SI 2 = NO
14	¿ANTES DE LA OPE RACION, COMO SE LLEVABA CON SU PAREJA?	ESPOSO	1 = MUY MAL 2 = MAL 3 = REGULAR 4 = BIEN 5 = MUY BIEN
15	¿ANTES DE OPERAR SE USO OTROS ME TODOS ANTICONCEP- TIVOS?	ANTERIOR	1 = NO 2 = SI
16	¿CUALES?	CUALES	1 = COITO INTE- RRUPTO 2 = RITMO 3 = LOCALES 4 = DISPOSITIVO - INTRAUTERINO 5 = ORALES 6 = INYECTABLES 7 = DISPOSITIVO - INTRAUTERINO Y ORALES 8 = DISPOSITIVO - INTRAUTERINO E INYECTABLES

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
			9 = LOCALES, ORALES E INYECTABLES
			10 = LOCALES. DISPOSITIVO INTRAUTERINO, ORALES E INYECTABLES
17	¿CUANDO USO METODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES - SU PAREJA ESTUVO DE ACUERDO?	ACUMET	1 = NO SABE 2 = NO 3 = SI
18	¿TUVO PROBLEMAS DE SALUD POR EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS?	SALUD	1 = SI 2 = NO
19	¿QUE TIPO DE PROBLEMAS DE SALUD?	TIPO	1 = ULCERAS EN EL CUELLO DE LA MATRIZ 2 = ALTERACIONES DEL SUEÑO 3 = ALTERACIONES DE LA MENSTRUACION 4 = VOMITO 5 = COLICOS 6 = MANCHAS EN LA CARA 7 = NERVIOSISMO 8 = AUMENTO DE PESO 9 = MANCHAS EN LAS

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
			MANOS
			10 = CEFALEA
			11 = ALTERACIONES DE LA MENS-- TRUACION Y - NERVIOSISMO
			12 = VOMITO, COLI- CO Y NERVIOSIS_ MO
			13 = NERVIOSISMO Y AUMENTO DE PE_ SO
20	¿EL MEDICO LE DIJO QUE ESOS PROBLEMAS DE SALUD ERAN CON SECUENCIA DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTI- VOS TEMPORA-- LES?	MEDICO	1 = SI 2 = NO
21	¿SE EMBARAZO - CUANDO USO ME- TODOS ANTICON- CEPTIVOS TEMPO RALES?	EMBARAZO	1 = SI 2 = NO
22	EN CASO AFIRMA TIVO CONTESTAR ¿QUE METODO AN TICONCEPTIVO - ESTABA USANDO?	CONQUE	1 = COITO INTE- RRUPTO 2 = RITMO 3 = LOCAL 4 = DISPOSITIVO INTRAUTERINO

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
			5 = ORALES 6 - INYECTABLES 7 = OTROS
23	¿POR QUE SUSPENDIO EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES?	USO	1 = PROBLEMAS DE SALUD 2 = POR LOS EFECTOS COLATERALES DE LOS METODOS 3 = POCA EFECTIVIDAD DE ESOS METODOS 4 = POR HABER DECIDIDO OPERARSE
24	DESPUES DE LA OPERACION SU ESTADO DE SALUD	DESPUES	1 = EMPEORO 2 = PERMANECIO -- IGUAL 3 = MEJORO
25	¿TIENE O TUVO ALGUN MALESTAR O PADECIMIENTO FISICO ATRIBUIBLE A LA OPERACION?	MALESTAR	1 = SI 2 = NO 3 = NO SABE SI ES ATRIBUIBLE A LA OPERACION
26	EN CASO DE CONTESTAR AFIRMATIVAMENTE ¿QUE TIPO DE MALESTAR O PADECIMIENTO?	TIPO	1 = ULCERA EN EL CUELLO DE LA MATRIZ 2 = ALTERACIONES DEL SUEÑO 3 = ALTERACIONES DE LA MENSTRUACION

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
			4 = VOMITO
			5 = COLICO
			6 = MANCHAS EN LA CARA
			7 = NERVIOSISMO
			8 = DOLOR EN LA ESPALDA POR EL BLOQUEO
			9 = DOLOR DE PIERNAS
			10 = FLUJO
			11 = MOLESTIA DE LA HERIDA AL CAMINAR
			12 = PROBLEMA RENAL
			13 = INFLAMACION DEL VIENTRE
			14 = MAREO
			15 = ALTERACIONES DE LA MENSTRUACION Y DOLOR DE ESPALDA
			16 = COLICO Y DOLOR DE PIERNAS
			17 = COLICO E INFLAMACION DEL VIENTRE
			18 = NERVIOSISMO Y DOLOR EN LA ESPALDA POR EL BLOQUEO

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
27	¿ESTA O HA ESTADO EN TRATAMIENTO PSIQUIATRICO O PSICOLOGICO?	TRAPSI	1 = SI 2 = NO
28	EN CASO AFIRMATIVO CONTESTAR:	ANTES	1 = ANTES DE LA OPERACION 2 = DESPUES DE LA OPERACION
29	¿DESPUES DE LA OPERACION HA TENIDO ALGUN EMBARAZO?	EMPOST	1 = SI 2 = NO
30	¿ANTES DE LA OPERACION CON QUE FRECUENCIA TENIA RELACIONES SEXUALES?	RELACION	1 = UNA VEZ CADA QUINCE DIAS 2 = UNA VEZ A LA SEMANA 3 = DOS VECES POR SEMANA 4 = TRES VECES POR SEMANA 5 = CUATRO VECES POR SEMANA 6 = CINCO VECES POR SEMANA 7 = DIARIAMENTE 8 = UNA VEZ AL MES 9 = TRES VECES AL MES

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
31	¿LE GUSTABA TENER RELACIONES SEXUALES?	GUSTABA	1 = NO 2 = ALGUNAS VECES 3 = SI
32	¿ANTES DE LA OPERACION EVITABA TENER RELACIONES SEXUALES?	EVITA	1 = SI 2 = ALGUNAS VECES 3 = NO
33	¿TENIA SATISFACCION EN SUS RELACIONES SEXUALES ANTES DE OPERARSE?	SATISFACE	1 = NO 2 = ALGUNAS VECES 3 = SI
34	¿CREE QUE ANTES DE LA OPERACION SU PAREJA TENIA SATISFACCION EN SUS RELACIONES SEXUALES?	SAPARA	1 = NO 2 = NO SABE 3 = ALGUNAS VECES 4 = SI
35	DESPUES DE LA OPERACION LA FORMA EN QUE SE LLEVABA CON SU PAREJA:	RELPR	1 = EMPEORO 2 = PERMANECIO IGUAL 3 = MEJORO
36	¿CAMBIARON SUS RELACIONES SEXUALES DESPUES DE LA OPERACION?	CAMBIO	1 = SI 2 = NO

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
37	EN CASO AFIR MATIVO CON-- TESTAR	FAVOR	1 = DESFAVORABLE MENTE 2 = FAVORABLEMENTE
38	¿DESPUES DE LA OPERACION CON QUE FRECUENCIA HA TENIDO RELA CIONES SEXUALES?	FRELSEX	1 = NO TIENE RELA CIONES SEXUA LES POR PROBLE MAS CON SU PA REJA 2 = UNA VEZ CADA QUINCE DIAS 3 = UNA VEZ POR SE MANA 4 = DOS VECES POR SEMANA 5 = TRES VECES POR SEMANA 6 = CUATRO VECES - POR SEMANA 7 = CINCO VECES -- POR SEMANA 8 = DIARIAMENTE 9 = UNA VEZ AL MES 10 = TRES VECES AL - MES
39	¿LE GUSTA TENER RELACIONES SE- XUALES?	GUSREL	1 = NO 2 = A VECES 3 = SI
40	¿ACTUALMENTE EVI TA TENER RELACIO NES SEXUALES?	EVIRELX	1 = SI 2 = ALGUNAS VECES 3 = NO

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
41	¿DESPUES DE HA BERSE OPERADO HA TENIDO SA-- TISFACCION EN SUS RELACIONES SEXUALES?	SARSEX	1 = NO 2 = ALGUNAS VECES 3 = NO
42	¿CREE QUE DES- PUES DE LA OPE RACION SU PARE JA HA TENIDO - SATISFACCION EN SUS RELACIO NES SEXUALES?	SATPAR	1 = NO 2 = NO SABE 3 = ALGUNAS VECES 4 = SI 5 = ACTUALMENTE NO TIENE RELACIO- NES SEXUALES
43	¿ESTA SATISFECHA CON EL NUMERO DE HIJOS QUE TIENE?	SATNHI	1 = SI 2 = NO
44	¿CREE QUE SU - PAREJA ESTA SA TISFECHA CON - EL NUMERO DE HIJOS QUE TIE NE?	DHIHPOS	1 = SI 2 = NO
45	¿EN CASO DE CON TESTAR AFIRMATI VAMENTE ¿POR - QUE?	PORQUE	1 = LE GUSTAN LOS NIÑOS 2 = HA MEJORADO SU SITUACION ECO- NOMICA 3 = YA TIENE TIEM- PO PARA CUIDAR LOS

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
			4 = PORQUE DESEA VOLVER A CASAR SE O PREVEE -- UNA NUEVA UNION
			5 = PARA DISFRUTAR EL EMBARAZO
			6 = PARA RECUPERAR A SU ESPOSO
			7 = PARA QUE SU -- UNICO HIJO TEN GA UN HERMANO
47	¿CREE QUE DES PUES DE LA -- OPERACION SU PAREJA HA DE SEADO TENER OTRO HIJO?	DESEA	1 = SI 2 = NO SABE 3 = NO
48	EN CASO DE COM TESTAR AFIRMA TIVAMENTE ¿POR QUE?	PORQUE	1 = LE GUSTAN LOS NIÑOS 2 = HA MEJORADO SU SITUACION ECO NOMICA 3 = PORQUE DESEA - VOLVER A CASAR SE 4 = PARA RECONCI-- LIARSE CON SU ESPOSO? 5 = DESEA UNA FAMI LIA NUMEROSA

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
49	¿CUANTOS HIJOS CONSIDERA QUE DEBE TENER UNA PAREJA?	IDEAL	1 = UN HIJO 2 = DOS HIJOS 3 = TRES HIJOS 4 = CUATRO HIJOS 5 = CINCO HIJOS 6 = SEIS HIJOS 7 = SIETE HIJOS 8 = OCHO HIJOS 9 = NUEVE HIJOS 10 = DIEZ HIJOS
50	¿LE HA PLATICADO A ALGUIEN - QUE SE OPERO?	PLATICO	1 = NO 2 = SI
51	EN CASO DE CONTESTAR NEGATIVAMENTE DIGA - ¿POR QUE?	PQNO	1 = NO HA TENIDO OPORTUNIDAD 2 = PARA EVITAR - COMENTARIOS NEGATIVOS 3 = POR SER ALGO - MUY PERSONAL 4 = PARA QUE SU - PAREJA NO LO - SEPA
52	¿LAS PERSONAS - CERCANAS A USTED LA CRITICARON - PORQUE SE OPERO?	CRITICAR	1 = SI 2 = NO
53	¿CREE QUE EL -- HECHO DE QUE UNA MUJER SE OPERE =	LIMITA	1 = SI 2 = NO

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
LA LIMITE EN ALGUNA COSA?			
54	EN CASO AFIRMA <u>TIVO</u> ¿EN QUE - COSA CONSIDERA QUE LA LIMITA <u>RIA</u> ?	ENQUE	1 = LA PERSONA YA NO ES LA MIS <u>MA</u>
55	¿SI ESTUVIERA EN CONDICIONES DE HACERLO SE VOLVERIA A -- OPERAR?	VOLVER	1= NO 2 = SI
56	EN CASO DE CON-TESTAR NEGATIVA <u>MENTE</u> ¿POR QUE?	PQUENO	1 = POR PROBLEMAS DE SALUD ATRI- BUIBLES A LA - OPERACION 2 = PARA PODER TE- NER HIJOS EN - UNA NUEVA UNION 3 = DESEA TENER -- OTRO HIJO 4 = PORQUE AUN OPE <u>R</u> RADA SE VOLVIO A EMBARAZAR 5 = POR HABER TENI <u>D</u> DO TRASTORNOS EN SU MENSTRU <u>A</u> CION

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
57	¿LE RECOMEN <u>D</u> RIA A OTRA MU JER QUE SE -- OPERARA?	SUGOP	1 = NO 2 = SI
58	EN CASO DE RES PONDER NEGATI- VAMENTE ¿POR - QUE?	PQENO	1 = DE ACUERDO AL NUMERO DE HI- JOS QUE TENGAN 2 = EL SACERDOTE - LE DIJO QUE NO DEBERIA RECO-- MENDARLA 3 = LO DEJARIA A - CRITERIO DE CA DA QUIEN 4 = POR PROBLEMAS DE SALUD Y -- PSICOLOGICOS
59	¿QUE VENTAJAS - CREE QUE TENGAN LAS PERSONAS QUE SE HAN OPERADO PARA NO TENER HIJOS?	VENTAJA	1 = NINGUNA 2 = RELACIONES SE- XUALES MAS SA- TISFACTORIAS 3 = ELIMINAR PRO-- BLEMAS DE SALUD POR EL USO DE - METODOS ANTI-- CONCEPTIVOS 4 = EVITAR EMBARA- ZOS NO DESEA-- DOS 5 = PUEDE TENER RE- LACIONES SEXUA- LES SIN TEMOR

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
			A EMBARAZARSE
			6 = DISPONER DE MAS TIEMPO PARA SU FAMILIA Y PERSONA
			7 = MAYOR ATENCION A LOS HIJOS
			8 = MAYOR EDUCACION PARA SUS HIJOS
			9 = MEJORAR SITUACION ECONOMICA
			10 = SER MAS INDEPENDIENTE
			11 = EVITAR PROBLEMAS CON LA PAREJA
			12 = EVITAR EMBARAZO NO DESEADO Y MAS TIEMPO PARA SU FAMILIA Y PERSONA
60	¿QUE DESVENTAJAS CREE QUE TENGAN LAS PERSONAS QUE SE HAN OPERADO?	DESVEN	1 = NINGUNA 2 = RELACIONES SEXUALES MENOS SATISFACTORIAS 3 = PROBLEMAS DE SALUD ATRIBUIDOS A LA OPERACION 4 = NO PODER EMBARAZARSE CUANDO LO DESEEN

NUMERO DE PREGUNTAS	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
			5 = PROBLEMAS CON SU PAREJA 6 = VOLVERSE A EMBARAZAR
61	CUANDO TENGO QUE RESOLVER UN PROBLEMA	PREFIERO	1 = PREFIERO EN-- FRENTARME A LA SITUACION 2 = PREFIERO ESPERAR Y VER QUE PASA
62	CUANDO TENGO QUE RESOLVER UN PROBLEMA	TEME	1 = TEMO QUE ALGO SALGA MAL 2 = PIENSO QUE LO VOY A RESOLVER
63	CUANDO TENGO QUE RESOLVER UN PROBLEMA	PIENSA	1 = PIENSO EN LO - QUE PUEDE LLEGAR A PASAR 2 = NO PIENSO EN - NADA Y ESPERO A VER QUE PASA
64	CUANDO TENGO QUE RESOLVER UN PROBLEMA	COSAS	1 = ME GUSTA PEN-- SAR EN COSAS - DIFERENTES 2 = PIENSO EN COMO PODRIA RESOLVER VERLO
65	EN MOMENTOS - DIFICILES ME SIENTO	MOMENTO	1 = CONFIADA 2 = TRISTE 3 = OPTIMISTA 4 = PREOCUPADA

GRUPO 2

CODIGO

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
1	EDAD	EDAD	1 = 15 A 19 AÑOS
			2 = 20 A 24 AÑOS
			3 = 25 A 29 AÑOS
			4 = 30 A 34 AÑOS
			5 = 35 A 39 AÑOS
			6 = 40 A 44 AÑOS
			7 = 45 A 49 AÑOS
2	ESTADO	EDOCIV	1 = SOLTERA
			2 = SEPARADA
			3 = DIVORCIADA
			4 = VIUDA
			5 = UNION LIBRE
			6 = CASADA UNICAMENTE LO CIVIL
			7 = CASADA UNICAMENTE LA IGLESIA
			8 = CASADA POR LO CI VIL Y POR LA IGLE SIA
3	¿QUE RELI GION PRACTICA?	REL	1 = CATOLICA
			2 = EVANGELICA
			3 = ESPIRITISTA
			4 = TESTIGO DE JEHOVA
			5 = MORMONA
			6 = NINGUNA

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
4	¿HASTA QUE AÑO ESCOLAR CURSO USTED?	ESCOL	1 = ANALFABETA 2 = SABE LEER Y ESCRIBIR 3 = PRIMARIA INCOMPLETA 4 = PRIMARIA COMPLETA 5 = SECUNDARIA O COMERCIO INCOMPLETO 6 = SECUNDARIA O COMERCIO COMPLETO 7 = BACHILLERATO O ESTUDIOS TECNICOS INCOMPLETOS 8 = BACHILLERATO O ESTUDIOS TECNICOS COMPLETOS 9 = ESTUDIOS SUPERIORES INCOMPLETOS 10 = ESTUDIOS SUPERIORES COMPLETOS
5	¿CUAL ES LA OCUPACION DE USTED?	OCUPA	1 = HOGAR 2 = TRABAJADORA DOMESTICA 3 = OBRERA NO ESPECIALIZADA 4 = COMERCIANTE

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
			5 = OBRERA ESPECIALIZADA
			6 = EMPLEADA
			7 = TECNICA
			8 = PROFESIONISTA
6	¿HASTA QUE AÑO ESCOLAR CURSO SU PAREJA?	ESPA	1 = ANALFABETA
			2 = SABE LEER Y ESCRIBIR
			3 = PRIMARIA INCOMPLETA
			4 = PRIMARIA COMPLETA
			5 = SECUNDARIA O COMERCIO INCOMPLETO
			6 = SECUNDARIA O COMERCIO COMPLETO
			7 = BACHILLERATO O ESTUDIOS TECNICOS INCOMPLETO
			8 = BACHILLERATO O ESTUDIOS TECNICOS COMPLETOS
			9 = ESTUDIOS SUPERIORES INCOMPLETOS
			10 = ESTUDIOS SUPERIORES COMPLETOS
7	¿CUAL ES LA OCUPACION DE SU PAREJA?	OCUPAR	1 = DESEMPLEADO
			2 = TRABAJADOR DOMESTICO

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
			3 = OBRERO NO ESPECIALIZADO
			4 = COMERCIANTE
			5 = OBRERO ESPECIALIZADO
			6 = EMPLEADO
			7 = TECNICO
			8 = PROFESIONISTA
8	¿CUALES SON MEN SUAMENTE SUS IN GRESOS ECONOMI COS FAMILIARES?	INGRESO	1 = 8.400 A 12.400 PESOS 2 = 12.401 A 16.401 PESOS 3 = 16.402 A 20.402 PESOS 4 = 20.403 A 24.403 PESOS 5 = 24.404 A 28.404 PESOS 6 = 28.405 A 32.405 PESOS 7 = 32.406 A 36.406 PESOS 8 = 36.407 A 40.407 PESOS 9 = 40.408 A 44.408 PESOS 10 = MAS DE 44.409 PESOS
9	¿CUANTOS HIJOS TIENE?	NHIJOS	1 = UN HIJO 2 = DOS HIJOS 3 = TRES HIJOS 4 = CUATRO HIJOS 5 = CINCO HIJOS 6 = SEIS HIJOS 7 = SIETE HIJOS 8 = OCHO HIJOS 9 = NUEVE HIJOS 10 = DIEZ HIJOS
10	¿COMO SE LLEVA CON SU PAREJA?	RELPR	1 = MUY MAL 2 = MAL

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
			3 = REGULAR 4 = BIEN 5 = MUY BIEN
11	¿QUE METODOS ANTICONCEPTIVOS HA USADO?	CUALES	1 = COITO INTERRUPTO 2 = RITMO 3 = LOCALES 4 = DISPOSITIVO INTRAUTERINO 5 = ORALES 6 = INYECTABLES 7 = COITO INTERRUPTO Y DISPOSITIVO INTRAUTERINO 8 = DISPOSITIVO INTRAUTERINO Y ORALES 9 = DISPOSITIVO INTRAUTERINO E INYECTABLES 10 = DISPOSITIVO INTRAUTERINO, ORALES E INYECTABLES
12	¿SU PAREJA ESTA DE ACUERDO EN QUE USE METODOS ANTICONCEPTIVOS?	ACUMET	1 = NO SABE 2 = NO 3 = SI
13	¿HA TENIDO PROBLEMAS DE SALUD	SALUD	1 = SI 2 = NO

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
	POR EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS?		
14	¿QUE TIPO DE PROBLEMAS DE SALUD O MA--LESTARES HATENIDO POR EL USO DE ME--TODOS ANTI--CONCEPTIVOS?	TIPO	1 = ULCERAS EN EL CUELLO DE LA - MATRIZ 2 = ALTERACIONES - DEL SUEÑO 3 = ALTERACIONES DE LA MENSTRUACION 4 = VOMITO 5 = COLICOS 6 = MANCHAS EN LA CARA 7 = MAREOS 8 = NERVIOSISMO 9 = CEFALEA Y DOLOR DE PEZONES 10 = ADELGAZAMIENTO 11 = AUMENTO DE PESO 12 = VARICES 13 = ALTERACIONES DEL SUEÑO Y MAREOS 14 = NERVIOSISMO Y - VARICES
15	¿EL MEDICO LE DIJO QUE ESOS PROBLEMAS DE SALUD ERAN CD	MEDICO	1 = SI 2 = NO

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
	MO CONSECUEN- CIA DE USO DE METODOS ANTI- CONCEPTIVOS?		
16	¿ESTA O HA ES- TADO EN TRATA- MIENTO PSQUIA TRICO O PSICO- LOGICO?	TRAPSI	1 = SI 2 = NO
17	EN CASO AFIR MATIVO CON-- TESTAR	ANTES	1 = ANTES DEL USO DE METODOS AN- TICONCEPTIVOS 2 = DESPUES DEL USO DE METODOS ANTI CONCEPTIVOS
18	¿SE HA EMBARA ZADO CON EL - USO DE METO-- DOS ANTICON-- CEPTIVOS?	EMBARAZO	1 = SI 2 = NO
19	EN CASO AFIR- MATIVO CONTE SAR QUE METO- DO ANTICONCEP- TIVO ESTABA - UTILIZANDO	CONQUE	1 = COITO INTERRUPTO 2 = RITMO 3 = LOCALES 4 = DISPOSITIVO IN TRAUTERINO 5 = ORALES 6 = INYECTABLES 7 = OTROS

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
20	¿CON QUE FRECUENCIA TIENE RELACIONES SEXUALES?	FRELSEX	1 = UNA VEZ CADA - QUINCE DIAS 2 = UNA VEZ A LA SEMANA 3 = DOS VECES POR SEMANA 4 = TRES VECES POR SEMANA 5 = CUATRO VECES - POR SEMANA 6 = CINCO VECES POR SEMANA 7 = DIARIAMENTE 8 = UNA VEZ AL MES 9 = TRES VECES AL MES
21	¿LE GUSTA TENER RELACIONES SEXUALES?	GUSREL	1 = NO 2 = ALGUNAS VECES 3 = SI
22	¿EVITA TENER RELACIONES SEXUALES?	EVIRELX	1 = SI 2 = ALGUNAS VECES 3 = NO
23	¿TIENE SATISFACCION EN SUS RELACIONES SEXUALES?	SARSEX	1 = NO 2 = ALGUNAS VECES 3 = SI
24	¿CREE QUE SU PAREJA TIENE SATISFACCION	SATPAR	1 = NO 2 = NO SABE 3 = ALGUNAS VECES

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
	EN SUS RELACIONES SEXUALES?		4 = SI
25	¿ESTABA SATISFECHA CON EL NUMERO DE HIJOS QUE TIENE?	SATNHI	1 = SI 2 = NO 3 = NO SABE
26	EN CASO NEGATIVO CONTESTAR ¿POR QUE?	PQUE	1 = POR ANTECEDENTES DE FAMILIA NUMEROSA 2 = LE GUSTAN MUCHO LOS NIÑOS 3 = POR TENER UN HIJO DE DIFERENTE SEXO 4 = PARA TENER 2 A 3 HIJOS
27	¿CREE QUE SU PAREJA ESTA SATISFECHA CON EL NUMERO DE HIJOS QUE TIENEN?	PRSHI	1 = SI 2 = NO SABE 3 = NO
28	EN CASO NEGATIVO CONTESTAR ¿POR QUE?	PORQUE	1 = POR ANTECEDENTES DE FAMILIA NUMEROSA 2 = LE GUSTAN MUCHO LOS NIÑOS

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
			3 = POR DESEAR UN HIJO DE DIFE--RENTE SEXO
			4 = POR TENER DE 2 A 3 HIJOS
29	¿CUANTOS HIJOS CONSIDERA QUE DEBE TENER UNA PAREJA?	IDEAL	1 = UN HIJO 2 = DOS HIJOS 3 = TRES HIJOS 4 = CUATRO HIJOS 5 = CINCO HIJOS 6 = SEIS HIJOS 7 = SIETE HIJOS 8 = OCHO HIJOS 9 = NUEVE HIJOS 10 = DIEZ HIJOS
30	¿DESEA TENER OTRO HIJO?	DHIH	1 = NO 2 = SI
31	EN CASO AFIRMATIVO CONTESTAR ¿POR QUE?	PRQUE	1 = POR ANTECEDENTES DE FAMILIA NUMEROSA 2 = LE GUSTAN MUCHO LOS NIÑOS 3 = PARA TENER UN HIJO DE DIFE--RENTE SEXO 4 = POR TENER DE 2 A 3 HIJOS
32	¿CREE QUE SU PAREJA DESEA TENER OTRO - HIJO?	DESEA	1 = SI 2 = NO 3 = NO SABE

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
33	EN CASO AFIRMA TIVO CONTESTAR ¿POR QUE?	PORQUE	1 = POR ANTECEDEN- TES DE FAMILIA NUMEROSA 2 = LE GUSTAN MUCHO LOS NIÑOS 3 = PARA TENER UN HIJO DE DIFE-- RENTE SEXO 4 = PARA TENER DE 2 A 3 HIJOS
34	¿LAS PERSONAS CERCANAS A US TED LA CRITI CAN PORQUE - USA METODOS ANTICONCEPTI VOS TEMPORA- LES?	CRITICAR	1 = SI 2 = NO
35	¿CREE QUE EL HECHO DE USAR METODOS ANTI- CONCEPTIVOS TEMPORALES LA LIMITAN EN AL GUNA COSA?	LIMITA	1 = SI 2 = NO
36	EN CASO AFIRMA TIVO ¿EN QUE - CONSIDERA QUE LA LIMITARIA?	ENQUE	1 = SI 2 = NO

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
37	¿CONOCE A ALGUIEN QUE SE HAYA OPERADO PARA YA NO TENER HIJOS?	CONOCE	1 = NO 2 = SI
38	¿QUE VENTAJAS CREE QUE TENGAN LAS PERSONAS QUE SE HAN OPERADO PARA YA NO TENER HIJOS?	VENTAJA	1 = NINGUNA 2 = RELACIONES SEXUALES SATISFACTORIAS 3 = ELIMINAR PROBLEMAS DE SALUD POR EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS 4 = EVITAR EMBARAZOS NO DESEADOS 5 = TRANQUILIDAD Y ATENCION PARA LOS HIJOS 6 = MEJORAR SITUACION ECONOMICA 7 = EVITAR EMBARAZOS NO DESEADOS Y DISPONER DE MAYOR TIEMPO
39	¿QUE DESVENTAJAS CREE QUE TENGAN LAS PERSONAS QUE SE HAN OPERADO PARA YA NO TENER HIJOS?	DESVEN	1 = NINGUNA 2 = RELACIONES SEXUALES MENOS SATISFACTORIAS 3 = PROBLEMAS DE SALUD ATRIBUIDOS

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
	NO TENER HIJOS?		A LA OPERACION 4 = NO PODER EMBARAZARSE CUANDO LO DESEEN 5 = EMBARAZARSE NUEVAMENTE 6 = PROBLEMAS DE SALUD ATRIBUIDOS A LA OPERACION Y VOLVERSE A EMBARAZAR
40	¿SI ESTUVIERA EN CONDICIONES DE OPERARSE PARA NO TENER HIJOS LO HARIA?	OPERARSE	1 = NO 2 = SI
41	EN CASO AFIRMATIVO CONTESTAR ¿POR QUE?	PQE	1 = CUANDO TENGA EL NUMERO DE HIJOS 2 = PARA EVITAR PROBLEMAS DE SALUD 3 = PORQUE ES EL METODO MAS EFECTIVO PARA EVITAR EMBARAZOS
42	CUANDO TENGO QUE RESOLVER UN PROBLEMA	PREFIERO	1 = PREFIERO ENFREN-TARME A LA SITUACION 2 = PREFIERO ESPERAR Y VER QUE PASA

NUMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	NOMBRE	CODIGO
43	CUANDO TENGO QUE RESOLVER UN PROBLEMA	TEME	1 = TEMO QUE ALGO SALGA MAL 2 = PIENSO QUE LO VOY A RESOLVER
44	CUANDO TENGO QUE RESOLVER UN PROBLEMA	PIENSA	1 = PIENSO EN LO - QUE PUEDE LLEGAR A PASAR 2 = NO PIENSO EN <u>NA</u> DA Y ESPERO VER QUE PASA
45	CUANDO TENGO QUE RESOLVER UN PROBLEMA	COSAS	1 = ME GUSTA PENSAR EN COSAS DIFERENTES 2 = PIENSO EN COMO PODRIA RESOLVER <u>LO</u>
46	EN MOMENTOS DIFICILES ME SIENTO	MOMENTO	1 = CONFIADA 2 = TRISTE 3 = OPTIMISTA 4 PREOCUPADA

ANEXO No. 8

CUADROS Y TABLAS ESTADISTICOS

CUADRO No. 1

GRUPO DE EDAD	GRUPO 1		GRUPO 2	
	No.	%	No.	%
15 - 19 AÑOS	0	0	0	0
20 - 24 AÑOS	0	0	3	10
25 - 29 AÑOS	3	10	13	44
30 - 34 AÑOS	6	20	10	33
35 - 39 AÑOS	11	37	3	10
40 - 44 AÑOS	8	27	1	3
45 - 49 AÑOS	2	6	0	0
TOTAL	30	100	30	100

CUADRO No. 2

ESTADO CIVIL

CONCEPTO	GRUPO 1		GRUPO 2	
	No.	%	No.	%
SOLTERA	0	0	0	0
SEPARADA	5	17	1	3
DIVORCIADA	1	3	0	0
VIUDA	1	3	1	3
UNION LIBRE	3	10	3	10
CASADA CIVIL	5	17	6	20
CASADA IGLESIA	0	0	0	0
CASADA CIVIL E IGLESIA	15	50	19	64
TOTAL	30	100	30	100

CUADRO No. 3

RELIGION

CONCEPTO	GRUPO 1		GRUPO 2	
	No.	%	No.	%
CATOLICA	27	91	27	90
EVANGELICA	1	3	0	0
ESPIRITISTA	0	0	0	0
TESTIGO DE JEHOVA	0	0	0	0
MORMONA	1	3	0	0
NINGUNA	1	3	3	10
TOTAL	30	100	30	100

CUADRO No. 4

ESCOLARIDAD

CONCEPTO	GRUPO 1		GRUPO 2	
	No.	%	No.	%
ANALFABETA	0	0	0	0
SABE LEER Y ESCRIBIR	1	3	0	0
PRIMARIA INCOM- PLETA	11	38	9	30
PRIMARIA COMPLETA	9	30	15	51
SECUNDARIA O CO- MERCIO INCOMPLETO	4	13	1	3
SECUNDARIA O CO- MERCIO COMPLETO	3	10	3	10
BACHILLERATO O ES- TUDIOS TECNICOS INCOMPLETOS	1	3	1	3
BACHILLERATO O ES- TUDIOS TECNICOS COMPLETOS	0	0	0	0
ESTUDIOS SUPERIO- RES INCOMPLETOS	1	3	0	0
ESTUDIOS SUPERIO- RES COMPLETOS	0	0	1	3
OTROS	0	0	0	0
TOTAL	30	100	30	100

CUADRO No. 5

OCUPACION

CONCEPTO	GRUPO 1		GRUPO 2	
	No.	%	No.	%
HOGAR TRABAJADORA DOMESTICA	20	67	24	81
OBRAERA NO ESPECIALIZADA	1	3	0	0
COMERCIANTE	2	7	0	0
OBRAERA ESPECIALIZADA	1	3	1	3
EMPLEADA TECNICA	2	7	3	10
PROFESIONISTA	1	3	0	0
TOTAL	0	0	1	3
	3	10	1	3
	30	100	30	100

CUADRO No. 6

INGRESOS ECONOMICOS FAMILIARES

CONCEPTO	GRUPO 1		GRUPO 2	
	No.	%	No.	%
8.400 A 12.400 PESOS	11	36	18	60
12.401 A 16.401 PESOS	6	20	3	10
16.402 A 20.402 PESOS	5	17	2	7
20.403 A 24.403 PESOS	5	17	2	7
24.404 A 28.404 PESOS	2	7	1	3
28.405 A 32.405 PESOS	0	0	1	3
32.406 A 36.406 PESOS	1	3	1	3
36.407 A 40.407 PESOS	0	0	2	7
40.408 A 44.408 PESOS	0	0	0	0
MAS DE 44.409 PESOS	0	0	0	0
TOTAL	30	100	30	100

CUADRO No. 7 NUMERO DE HIJOS

CONCEPTO	GRUPO 1		GRUPO 2	
	No.	%	No.	%
1 HIJO	1	3	6	20
2 HIJOS	1	3	8	27
3 HIJOS	3	10	7	23
4 HIJOS	9	30	8	27
5 HIJOS	7	24	0	0
6 HIJOS	5	17	1	3
7 HIJOS	1	3	0	0
8 HIJOS	2	7	0	0
9 HIJOS	0	0	0	0
10 HIJOS	1	3	0	0
TOTAL	30	100	30	100

CUADRO No. 8

MOTIVOS POR LOS QUE SE OPERARON

C O N C E P T O	GRUPO 1	
	No.	%
POCA EFECTIVIDAD DE OTROS METODOS ANTI- CONCEPTIVOS	0	0
POR LOS EFECTOS COLATERALES DE OTROS METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE AFECTABAN SU SALUD	2	7
POR PROBLEMAS DE SALUD. RESULTABA PELI- GROSO QUE SE EMBARAZARA	6	20
INSUFICIENCIA ECONOMICA PARA SOLVENTAR LOS GASTOS ORIGINADOS POR MAS HIJOS	8	27
LIMITACION DEL TIEMPO PARA ATENDER ADECUADAMENTE A LOS HIJOS	1	3
POR ENCONTRARSE SATISFECHOS CON EL NU- MERO DE HIJOS QUE TENIA	2	7
ALTERACIONES EN LA MENSTRUACION PARA NO TENER MAS HIJOS PORQUE FALLE- CIO SU ESPOSO	2	7
MALAS RELACIONES CON SU PAREJA Y ENFER- MEDAD DEL ULTIMO HIJO	0	0
INESTABILIDAD EN SU SITUACION CONYUGAL	1	3
POCA EFECTIVIDAD DE OTROS METODOS ANTI- CONCEPTIVOS Y SITUACION INESTABLE	0	0
INSUFICIENCIA ECONOMICA PARA SOLVENTAR LOS GASTOS DE MAS HIJOS Y SATISFACCION CON EL NUMERO DE HIJOS QUE TENIA	1	3
POR PROBLEMAS DE SALUD Y POR ESTAR SA- TISFECHOS CON EL NUMERO DE HIJOS QUE - TENIA	2	7
POR EFECTOS COLATERALES DE OTROS METO- DOS Y ESTAR SATISFECHOS CON EL NUMERO DE HIJOS QUE TENIA	2	7
LIMITACION DEL TIEMPO PARA ATENDER A LOS HIJOS Y POR ESTAR SATISFECHOS CON EL NUMERO DE HIJOS QUE TENIA	1	3
POR ENCONTRARSE SATISFECHA CON EL NUME- RO DE HIJOS QUE TENIA Y POR INESTABI- LIDAD DE SU SITUACION CONYUGAL	1	3
TOTAL	30	100

CUADRO No. 9

ACUERDO DEL CONYUGE EN LA OCLUSION TUBARIA Y EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES

CONCEPTO	GRUPO 1				NO USAR MET. ANT.		TOTAL	
	SI		NO		No.	%	No.	%
	No.	%	No.	%				
CONYUGE DE ACUERDO EN LA OPERACION	20	67	10	33	0	0	30	100
CONYUGE DE ACUERDO EN EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES	21	70	3	10	6	20	30	100

CUADRO No. 10

PROBLEMAS CON EL CONYUGE POR HABERSE EFECTUADO LA OCLUSION TUBARIA

CONCEPTO	GRUPO 1				TOTAL	
	SI		NO		No.	%
	No.	%	No.	%		
PROBLEMAS CON EL CONYUGE POR HABERSE OPERADO	3	10	27	90	30	100

CUADRO No. 11

RELACIONES INTERPERSONALES DE LA PAREJA ANTES DE LA OCLUSION TUBARIA

GRUPO 1

CONCEPTO		No.	%
ANTES DE LA OPERACION	MUY MAL	1	3
	MAL	5	17
	REGULAR	9	30
	BIEN	11	37
	MUY BIEN	4	13
	TOTAL	30	100

CONCEPTO	GRUPO 1		GRUPO 2	
	No.	%	No.	%
COITO INTERRUPTO	0	0	0	0
RITMO	0	0	0	0
LOCALES	0	0	0	0
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	5	17	11	37
ORALES	10	33	3	10
INYECTABLES	1	3	0	0
DISPOSITIVO INTRAUTERINO Y ORALES	0	0	1	3
DISPOSITIVO INTRAUTERINO E INYECTABLES	5	17	12	40
LOCALES, ORALES E INYECTABLES	1	3	0	0
LOCALES, DISPOSITIVO INTRAUTERINO, ORALES E INYECTABLES	2	7	0	0
COITO INTERRUPTO, DISPOSITIVO INTRAUTERINO	0	0	0	0
DISPOSITIVO INTRAUTERINO, - ORALES E INYECTABLES	0	0	3	10
NO USARON METODOS ANTICONCEPTIVOS	6	20	0	0
TOTAL	30	100	30	100

CUADRO No. 13

PROBLEMAS DE SALUD QUE REPORTO POR EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

CONCEPTO	GRUPO 1		GRUPO 2	
	No.	%	No.	%
ULCERAS CUELLO DE LA MATRIZ	0	0	0	0
ALTERACIONES DEL SUEÑO	1	3	0	0
ALTERACIONES DE LA MENSTRUACION	2	7	7	24
VOMITO	1	3	0	0
COLICO	0	0	1	3
MANCHAS EN LA CARA	0	0	1	3
NERVIOSISMO	3	10	3	10
AUMENTO DE PESO	1	3	2	7
MANCHAS EN LAS MANOS	1	3	0	0
CEFALEA	1	3	0	0
ALTERACIONES DE LA MENSTRUACION Y NERVIOSISMO	0	0	0	0
VOMITO, COLICO Y NERVIOSISMO	1	3	0	0
NERVIOSISMO Y AUMENTO DE PESO	3	10	0	0
MAREOS	0	0	2	7
CEFALEA Y DOLOR EN PEZONES	0	0	1	3
ADELGAZAMIENTO	0	0	1	3
VARICES	0	0	0	0
ALTERACIONES SUEÑO Y MAREO	0	0	1	3
NERVIOSISMO Y VARICES	0	0	1	3
NO PRESENTARON PROBLEMA	16	55	10	34
TOTAL	30	100	30	100

CUADRO No. 14

USO DE OTROS METODOS ANTICONCEPTIVOS
ANTES DE LA OCLUSION TUBARIA

GRUPO 1

CONCEPTO	No.	%
SI	24	80
NO	6	20
TOTAL	30	100

CUADRO No. 15

PROBLEMAS DE SALUD POR EL USO DE ME-
TODOS ANTICONCEPTIVOS CONFIRMADO POR
EL MEDICO

GRUPO 1

GRUPO 2

CONCEPTO	No.	%	No.	%
SI	8	27	13	44
NO	6	20	7	23
NO PRESENTARON PROBLEMAS DE - SALUD	16	53	10	33
TOTAL	30	100	30	100

CUADRO No. 16

RELACIONES INTERPERSONALES DE LA PA-
REJA DESPUES DE LA OCLUSION TUBARIA

GRUPO 1

CONCEPTO	No.	%
EMPEORO	5	17
PERMANECIO IGUAL	20	66
MEJORO	5	17
TOTAL	30	100

CUADRO No. 17

CAMBIO EN LAS RELACIONES SEXUALES
DESPUES DE LA OCLUSION TUBARIA

GRUPO 1

CONCEPTO	No.	%
FAVORABLEMENTE	7	23
DESFAVORABLEMENTE	5	17
NO REPORTAN CAMBIO	18	60
TOTAL	30	100

CUADRO No. 18

AGRADO EN LAS RELACIONES SEXUALES

GRUPO 1

CONCEPTO	ANTES OCLUS. TUB.		DESPUES OCLUS. TUB.	
	No.	%	No.	%
SI	16	54	16	54
ALGUNAS VECES	7	23	8	26
NO	7	23	6	20
TOTAL	30	100	30	100

CUADRO No. 19

EVITAR RELACIONES SEXUALES

GRUPO 1

CONCEPTO	ANTES OCLUS. TUB.		DESPUES OCLUS. TUB.	
	No.	%	No.	%
SI	5	17	4	13
ALGUNAS VECES	6	20	8	27
NO	19	63	18	60
TOTAL	30	100	30	100

CUADRO No. 20 SATISFACCION DE LA ENTREVISTADA EN LAS RELACIONES SEXUALES

GRUPO 1

CONCEPTO	ANTES OCLUSION TUB.		DESPUES OCLUSION TUB.	
	No.	%	No.	%
NO	1	3	5	17
NO SABE	8	27	0	0
ALGUNAS VECES	21	70	6	20
SI	0	0	19	63
TOTAL	30	100	30	100

CUADRO No. 21 SATISFACCION DEL CONYUGE EN LAS RELACIONES SEXUALES

GRUPO 1

CONCEPTO	ANTES OCLUS.TUB.		DESPUES OCLUS.TUB.	
	No.	%	No.	%
NO	0	0	0	0
NO SABE	6	20	3	10
ALGUNAS VECES	1	3	2	7
SI	23	77	23	77
NO TIENE RELACIONES SEXUALES	0	0	2	0
TOTAL	30	100	30	100

CUADRO No. 22 PARIDAD SATISFECHA

GRUPO 1

CONCEPTO	ENTREVISTADA		CONYUGE	
	No.	%	No.	%
NO	3	10	5	17
SI	27	90	24	80
DESEO DE TENER MENOS HIJOS	0	0	1	3
TOTAL	30	100	30	100

CUADRO No. 23

DESEO DE TENER OTRO HIJO

GRUPO 1

CONCEPTO	ENTREVISTADA		CONYUGE	
	No.	%	No.	%
SI	15	50	8	27
NO	15	50	15	50
NO SABE	0	0	7	23
TOTAL	30	100	30	100

CUADRO No. 24

NUMERO IDEAL DE HIJOS

GRUPO 1

GRUPO 2

CONCEPTO	No.	%	No.	%
1 HIJO	0	0	21	70
2 HIJOS	14	47	9	30
3 HIJOS	11	36	0	0
4 HIJOS	5	17	0	0
5 HIJOS	0	0	0	0
6 HIJOS	0	0	0	0
7 HIJOS	0	0	0	0
8 HIJOS	0	0	0	0
9 HIJOS	0	0	0	0
10 HIJOS	0	0	0	0
TOTAL	30	100	30	100

CUADRO No. 25

EN CONDICIONES DE HACERLO SE VOLVERIA
A EFECTUAR LA OCLUSION TUBARIA

GRUPO 1

CONCEPTO	No.	%
NO	6	20
SI	24	80
TOTAL	30	100

CUADRO No. 26

RECOMENDARIA A OTRAS PERSONAS QUE SE
EFECTUARAN LA OCLUSION TUBARIA

GRUPO 1

CONCEPTO	No.	%
NO	3	10
SI	27	90
TOTAL	30	100

CUADRO No. 27

VENTAJAS DE LA OCLUSION TUBARIA

GRUPO 1

GRUPO 2

CONCEPTO	No.	%	No.	%
NINGUNA	2	7	3	10
RELACIONES SEXUALES MAS SATISFACTORIAS	1	3	0	0
ELIMINAR PROBLEMAS DE SALUD POR USO DE ANTI- CONCEPTIVOS	1	3	5	17
EVITAR EMBARAZOS NO DESEADOS	17	57	18	60
EVITAR TEMOR AL EMBA- RAZO	0	0	0	0
MAS TIEMPO DISPONIBLE PARA SU FAMILIA	3	10	0	0
MAYOR ATENCION A LOS HIJOS	1	3	0	0
MEJOR EDUCACION PARA SUS HIJOS	0	0	0	0
MEJORAR SITUACION ECO- NOMICA	0	0	1	3
SER MAS INDEPENDIENTE	2	7	0	0
EVITAR PROBLEMAS CON EL ESPOSO	2	7	0	0
EVITAR EMBARAZOS NO DESEADOS Y DISPONER DE MAYOR TIEMPO	1	3	3	10
TOTAL	30	100	30	100

CUADRO No. 28

DESVENTAJAS DE LA OCLUSION TUBARIA

GRUPO 1

GRUPO 2

CONCEPTO	No.	%	No.	%
NINGUNA	18	60	13	44
RELACIONES SEXUALES MENOS SATISFACTORIAS	1	3	0	0
PROBLEMAS DE SALUD ATRIBUIBLES A LA OPERACION	2	7	9	30
NO PODER EMBARAZARSE	7	24	7	23
PROBLEMAS CON EL CONYUGE POR HABERSE OPERADO	1	3	0	0
VOLVERSE A EMBARAZAR	1	3	0	0
PROBLEMAS DE SALUD ATRIBUIBLES A LA OPERACION Y VOLVERSE A EMBARAZAR	0	0	1	3
TOTAL	30	100	30	100

CUADRO No. 29

NIVEL DE AUTOESTIMA

GRUPO 1

GRUPO 2

CONCEPTO		No.	%	No.	%
TEN ALG. CUANDO TIENE QUE RESOL- DIF. SE VER ALGUN PROBLEMA SIENTE	PREFIERE ENFRENTARSE A LA SITUACION	9	30	11	37
	PREFIERE ESPERAR Y VER QUE PASA	21	70	19	63
	TOTAL	30	100	30	100
	TEME QUE ALGO SALGA MAL PIENSA QUE LO VA A RESOLVER	7	23	7	23
TOTAL	23	77	23	77	
TOTAL	30	100	30	100	
PIENSA EN LO QUE PUEDE -- LLEGAR A PASAR	17	57	13	43	
NO PIENSA EN NADA Y ESPERA A VER QUE PASA	13	43	17	57	
TOTAL	30	100	30	100	
LE GUSTA PENSAR EN COSAS DIFERENTES	4	13	9	27	
PIENSA COMO PODRIA RESOLVER	26	87	22	73	
TOTAL	30	100	30	100	
CONFIADA Y OPTIMISTA	24	80	22	73	
TRISTE Y PREOCUPADA	6	20	8	27	
TOTAL	30	100	30	100	

CUADRO No. 30

ACUERDO DEL CONYUGE EN EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES

GRUPO 2

CONCEPTO	No.	%
NO SABE	0	0
NO	1	3
SI	29	97
TOTAL	30	100

CUADRO No. 31

EMBARAZOS CON EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

GRUPO 1

GRUPO 2

CONCEPTO	OCLUS. TUBARIA		METODOS TEMPORALES	
	No.	%	No.	%
SI	2	7	7	23
NO	28	93	23	77
TOTAL	30	100	30	100

CUADRO No. 32

METODOS ANTICONCEPTIVOS CON LOS QUE OCURRIERON LOS EMBARAZOS

GRUPO 1

GRUPO 2

CONCEPTO	OCLUSION TUBARIA		METODOS TEMPORALES	
	No.	%	No.	%
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	2	7	2	7
ORALES	0	0	5	17
TOTAL	2	7	7	24

CUADRO No. 33

AGRADO EN LAS RELACIONES SEXUALES

GRUPO 2

CONCEPTO	No.	%
NO	3	10
ALGUNAS VECES	7	23
SI	20	67
TOTAL	30	100

CUADRO No. 34

EVITA RELACIONES SEXUALES

GRUPO 2

CONCEPTO	No.	%
SI	4	13
ALGUNAS VECES	11	37
NO	15	50
TOTAL	30	100

CUADRO No. 35

SATISFACCION DE LA PAREJA EN LAS RELACIONES SEXUALES

GRUPO 2

CONCEPTO	ENTREVISTADA		CONYUGE	
	No.	%	No.	%
NO	3	10	0	0
NO SABE	0	0	1	3
ALGUNAS VECES	6	20	0	0
SI	21	70	29	97
TOTAL	30	100	30	100

CUADRO No. 36

PARIDAD SATISFECHA

GRUPO 2

CONCEPTO	ENTREVISTADA		CONYUGE	
	No.	%	No.	%
SI	23	77	23	77
NO	7	23	6	20
NO SABE	0	0	1	3
TOTAL	30	100	30	100

CUADRO No. 37

DESEO DE TENER OTRO HIJO

GRUPO 2

CONCEPTO	ENTREVISTADA		CONYUGE	
	No.	%	No.	%
SI	9	30	10	34
NO	21	70	19	63
NO SABE	0	0	1	3
TOTAL	30	100	30	100

CUADRO No. 38

¿SE EFECTUARIA LA OCLUSION TUBARIA?

GRUPO 2

CONCEPTO	No.	%
NO	11	37
SI	19	63
TOTAL	30	100

FUNCION CANONICA DE DISCRIMINANTES

TABLA 1

FUNCION	VALOR EIGEN	PORCENTAJE DE VARIAN'	PORCENTAJE ACUMULADO	CORRELAC CANONICA	WILK'S LAMBDA	CHI -CUA-DRADA	GRADOS DE LIBERTAD	SIGNIFICAN-CIA
1	1.77959	100.0	100.0	0.8001471	0.3597 646	57.249	4	0.0000

COEFICIENTES DE LA FUNCION

TABLA 2

VARIABLE	ESTANDARTIZ	DE CLASIFICACION		MEDIAS		DESV. STANDAR	
	FUNCION 1	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 1	GRUPO 2
1. SUPRESION DE EFECTOS COLATERALES INDESEABLES POR EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	0.84421	0.01710641	0.02672758	132	49	57	43
2. EVITAR EMBARAZOS NO DESEADOS	0.51666	0.7585515	0.4601129	18	11	5	3
3. SATISFACCION EN LAS RELACIONES DE LA PAREJA	-0.57599	1.712740	2.179500	21	22	3	3
4. NIVEL DE AUTOESTIMA	0.41425	0.7301620	0.3422043	7	6	2	3
CONSTANTE		-28.70823	-27.92159				

CENTROIDES (MEDIAS) DE LOS GRUPOS

GRUPOS:	1	FUNCION 1
	2	1.31159
		-1.31159

CLASIFICACION DE RESULTADOS

TABLA 3

GRUPO ACTUAL	NUMERO DE CASOS	PREDICION A LA MEMBRECIA DE GRUPOS	
		GRUPO 1	GRUPO 2
GRUPO 1	30	27 90.0%	3 10.0%
GRUPO 2	30	1 3.3%	29 96.7%

PORCENTAJE DE CASOS DE LOS GRUPOS CLASIFICADOS CORRECTAMENTE 93.33%.