

CONOCIMIENTO Y USO DE ANTICONCEPTIVOS. APTITUD FAMILIAR Y FECUNDIDAD EN LA POBLACION FEMENINA DE TRUJILLO

Félix Guillén A., Ricardo Shimajuko B. e Isaac Ríos*.

Con el propósito de determinar el conocimiento del uso de anticonceptivos, su uso y aptitud familiar, se ha encuestado a 400 pacientes en forma alternada, en una muestra representativa de pacientes que acudieron al Hospital General Base Centro de Salud Docente de Trujillo desde Noviembre de 1977 hasta Agosto de 1978.

No es posible sacar conclusiones definitivas a partir de una encuesta; pero, se puede aseverar que estamos frente a un cambio de actitud en las mujeres, quienes en la actualidad tienen más interés en controlar el número de hijos con espaciamiento de ellos.

La muestra acusa predominio de pacientes casadas con 2.73 en hijos, por paciente, de bajo ingreso económico semanal y sin deseo de tener más hijos.

Un alto porcentaje ignora el uso de anticonceptivos. El conocimiento de anticonceptivos depende en gran parte del grado de instrucción, del ingreso económico y del estado civil.

El método tradicional del ritmo, es el más usado y conocido. De los métodos modernos, el uso de pastillas es el más difundido, pero no es muy conocido su empleo.

La familia numerosa ocasiona alto porcentaje de problemas económicos, educacionales y de salud. La población en estudio no está motivada para hacer inversiones en Educación y Salud.

Introducción

Los grupos expuestos a riesgos propios de la salud materno-infantil en América Latina constituyen, —incluyendo las mujeres en edad fértil y los niños menores de 15 años— el 65 o/o de la población. El crecimiento demográfico acelerado, que se traduce en un aumento de la población joven dependiente, crea, en los grupos nombrados, considerables demandas de Servicios Sociales, incluyendo los de Salud.

En las últimas décadas se ha notado limitado progreso en materia de Salud Materno-infantil. Las defunciones maternas son, en su mayoría, evitables; y son la consecuencia de la toxemia gestacional, los accidentes hemorrágicos, la sepsis y, de un modo muy especial, el aborto inducido clandestinamente.

La Planificación Familiar continúa siendo, en nuestro país, un tema que se mantiene en el tapete del debate público y privado. La polémica se sitúa principalmente a nivel de los grupos intelectuales, líderes de opinión, estudiantes universitarios, miembros de instituciones políticas, económicas, religiosas y de promoción social y educativa.

Existe una marcada confusión en la interpretación de los términos Control de Natalidad, Planificación Familiar y Paternidad Responsable, a todo nivel, especialmente en los campos de Demografía, Economía, Política y Religión; donde unos dan su pro y otros su contra.

Estamos cada día más convencidos que, si las opiniones y criterios se hicieran de una manera constructiva y no se confiara sólo en las técnicas de planificación, olvidando que la salud depende del estado económico-social de cada país, pueblo o región, llegaríamos a comprender que el BIENESTAR es una condición y derecho humano que no se concibe sin SALUD, la que a su

* Universidad Nacional de Trujillo,
Departamentos Materno-Infantil y Ciencias Dinámicas.

vez es producto del progreso y del desarrollo económico-social.

Uno de los principales determinantes en materia de fecundidad en los países en vías de desarrollo parece ser la mayor o menor disponibilidad de conocimientos y medidas acerca del uso de anticonceptivos (4).

La carga de una excesiva fertilidad no deseada, con sus altos riesgos para la salud de la madre y del recién nacido y el desgaste de la familia, recae sobre aquellas familias de recurso limitado, porque carecen de la información necesaria (5).

Las curvas de fecundidad muestran en forma gráfica los cambios en la tasa de natalidad. Una silueta alta y redondeada hacia el centro de la curva es característica de muchos países en vías de desarrollo, señalando una gran abundancia de nacimientos y poco empleo de métodos anticonceptivos; en contraposición, la curva baja de muchos países desarrollados indica que hay un número inferior de nacimientos; así como la existencia de métodos eficaces para controlar la fecundidad (4).

Existe también un temor desproporcionado, casi siempre injustificado, a sufrir consecuencias indeseables con el uso de anovulatorios y dispositivos intrauterinos, como son enfermedades en el propio organismo y malformaciones congénitas en el hijo, en el caso de fallar el procedimiento (1).

En vista de la escasa información sobre el uso de anticonceptivos en nuestra población, hay elevada natalidad (42 o/o), con la consiguiente disminución de su condición económica.

Nos pareció oportuno, en estas circunstancias, examinar el problema en su aspecto médico mediante encuestas a un sector representativo de nuestra población. Aunque, un examen completo del problema no puede excluir factores de orden moral, religioso, social, económico y psicológico.

Hipótesis: Debido a las razones expuestas, y conociendo que el nivel socio-económico de la población encuestada es baja y que la gran mayoría son mujeres en la edad fértil, esperamos encontrar una población con alto porcentaje de desconocimiento del uso de anticonceptivos.

Objetivos:

1. Saber del conocimiento sobre anticonceptivos por la población, relacionándolo con las variables edad, estado civil, paridad, procedencia, religión, educación, estado económico.
2. Conocimiento acerca de su uso y grado de aceptación.

3. Aptitud familiar sobre el número de hijos deseados y los procreados. Su repercusión sobre el estado socio-económico familiar.

Material y Métodos

Tamaño de la muestra: Se hizo encuestas a 400 pacientes alternadas que acudieron a los Consultorios Externos de Gineco-Obstetricia del Hospital General-Base de Salud Docente de Trujillo.

Formularios empleados: Se elaboró encuestas especialmente programadas, con la finalidad de saber:

- El conocimiento y uso de anticonceptivos
- Aptitud familiar y opiniones sobre fecundidad.

Se las relacionó con las variables: edad, procedencia, grado de instrucción, estado civil y, en algunos casos, ingreso económico.

Recolección de datos: Las encuestas fueron hechas a manera de entrevista directa, contando con la colaboración de médicos, residentes e internos del Servicio de Gineco-Obstetricia. Cada encuesta tuvo un promedio de duración de 20 a 30 minutos por paciente.

Esta actividad se inició en el mes de Noviembre de 1977 y se terminó en Agosto de 1978.

Tabulación y Análisis de datos: Se realizó aplicando el método descriptivo y analítico.

— Método Descriptivo:

Para visualizar la información se confeccionó tablas de las variables en estudio; se calculó, en algunas de ellas, parámetros de tendencia central y de dispersión (medias, varianzas y desviación standard).

— Método Analítico:

Con la finalidad de estudiar en algunas de ellas, la independencia o dependencia de las variables en estudio se realizó la prueba de CHI CUADRADO: X^2 (tabla de contingencia), que de acuerdo a una hipótesis dada (de independencia) nos permite aceptarla o rechazarla, según los resultados obtenidos (experimentales y observados) a un nivel de significación y un porcentaje de confianza.

Resultados

Edad La edad promedio es de 27.9 años, con una D.S. \pm 5.85, siendo el rango entre 15 y 48 años.

Predominaron las pacientes de 20 a 34 años: 273 (68.25 o/o); de esta cifra el mayor grupo estuvo entre 20 - 24 años: 110 pacientes (27.50 o/o).

Procedencia: La mayoría procede de la ciudad de Trujillo: 190 pacientes (47.50 o/o) y de pueblos jóvenes: 123 (30.75 o/o). En menor porcentaje de fuera de Trujillo: 87 (21.75 o/o).

Grado de instrucción: Se distribuye en:

- Analfabetas: 30 pacientes (7.50 o/o)
- Primaria incompleta: 72 pacientes (18.0 o/o)
- Primaria completa: 67 pacientes (16.75 o/o)
- Secundaria incompleta: 111 pacientes (27.75 o/o)
- Secundaria completa: 86 pacientes (21.50 o/o)
- Superior incompleta: 25 pacientes (6.25 o/o)
- Superior completa: 9 pacientes (2.25 o/o)

El mayor porcentaje se encuentra en el grupo de pacientes de secundaria.

Estado civil: La mayoría consiste en casadas: 238 (59.50 o/o), siguiéndoles las convivientes: 132 (33.0 o/o), solteras: 23 (5.75 o/o), separadas: 6 (1.5 o/o) y una viuda (0.25 o/o).

Número de hijos vivos: (Tabla Nº 1) De las 400 pacientes encuestadas, 309 (77.25 o/o) tienen hijos vivos y 91 (22.75 o/o) no tienen hijos.

T A B L A Nº 1

NUMERO DE HIJOS VIVOS

| Número de Hijos Vivos | Pacientes Nº | o/o |
|-----------------------|--------------|-------|
| 0 | 91 | 22.75 |
| 1 | 76 | 19. |
| 2 | 54 | 13.5 |
| 3 | 48 | 12. |
| 4 | 34 | 8.5 |
| 5 | 33 | 8.25 |
| 6 | 27 | 6.75 |
| 7 | 16 | 4. |
| 8 | 9 | 2.25 |
| 9 | 3 | 0.75 |
| 10 | 9 | 2.25 |
| Nº de Casos | 400 | 100 |

X 2.73 3 hijos D.S. 6.4

Grado de paridad: De la muestra, 309 pacientes tienen hijos, que se distribuyen en la siguiente forma:

- Grandes múltiparas: 97 pacientes (24.50 o/o)
- Múltiparas: 82 pacientes (20.50 o/o)
- Secundíparas: 54 pacientes (13.50 o/o)
- Uníparas: 76 pacientes (19.0 o/o)
- 91 mujeres no tienen hijos (22.75 o/o)

Ingreso económico semanal: (Tabla Nº 2) De las 400 pacientes encuestadas el 36 o/o (144) tienen ingreso semanal menor a S/. 1,750.

T A B L A Nº 2

INGRESO ECONOMICO SEMANAL

| Ingreso Económico Semanal | Pacientes Nº | o/o |
|---------------------------|--------------|------|
| 0 - 250 | 7 | 1.75 |
| 251 - 500 | 2 | 0.5 |
| 501 - 750 | 11 | 2.75 |
| 751 - 1000 | 16 | 4. |
| 1001 - 1250 | 27 | 6.75 |
| 1251 - 1500 | 68 | 17. |
| 1501 - 1750 | 13 | 3.25 |
| 1751 - más | 256 | 64. |

Total 400 100

Deseos de tener más hijos: Del total de pacientes, 225 (56.25 o/o) no desean tener más hijos y 166 (41.50 o/o) sí los desean. Para 6 pacientes (1.5 o/o) el tener más hijos depende de algunos factores, esencialmente de orden económico-social. Tres se abstuvieron de responder.

Esta variable se relacionó con el **grado de instrucción**. Las 225 pacientes que no desean tener hijos, se distribuyen en los siguientes grados de instrucción:

- Instrucción superior: 15 (3.75 o/o)
- Instrucción secundaria: 95 (23.75 o/o)
- Instrucción primaria: 88 (22 o/o)
- Analfabetas: 27 (6.75 o/o)

De las 166 pacientes que sí desean tener hijos, tenemos los siguientes grados de instrucción:

- Instrucción superior: 17 (4.25 o/o)
- Instrucción secundaria: 97 (24.25 o/o)

- Instrucción primaria: 50 (12.5 o/o)
- Analfabetas: 2 (0.5 o/o)

En este grupo, como en el anterior, podemos observar que predominan las pacientes con instrucción secundaria.

La prueba de CHI CUADRADO nos dió un valor experimental de 74.68 y un valor tabular de 34.8. Estas cifras son bastantes significativas, lo que permite afirmar que con una confianza del 99 o/o y un nivel de significación del 0.01, el grado de instrucción está en relación con el deseo de tener hijos.

Número ideal de hijos: La encuesta sobre el número ideal de hijos nos dió el resultado siguiente

De 1-2 hijos: 183 pacientes (45.75 o/o); de 3-4 hijos: 202 pacientes (50.50 o/o); de 5-6 hijos: 9 pacientes (2.25 o/o); de 7-8 hijos: 1 paciente (0.25 o/o); no saben: 4 pacientes (1 o/o); se abstuvieron de responder: 1 (0.25 o/o).

Conocimiento de anticonceptivos: Ignoran el uso de anticonceptivos: 236 pacientes (59 o/o). Tienen algún conocimiento: 164 pacientes (41 o/o).

Esta variable se ha relacionado con el **grado de instrucción:** Las 236 pacientes que desconocen el uso de anticonceptivos, se distribuyen en la siguiente forma según el grado de instrucción:

- Instrucción superior: 8 pacientes (2 o/o)
- Instrucción secundaria: 107 pacientes (26.75 o/o)
- Instrucción primaria: 96 pacientes (24 o/o)
- Analfabetas: 25 pacientes (6.25 o/o)

Las 164 pacientes que tienen algún conocimiento sobre anticonceptivos se distribuyen así:

- Instrucción superior: 26 pacientes (6.50 o/o)
- Instrucción secundaria: 90 pacientes (22.50 o/o)
- Instrucción primaria: 43 pacientes (10.75 o/o)
- Analfabetas: 5 pacientes (1.25 o/o)

La prueba de CHI CUADRADO nos da un valor experimental de 49.58 y valor tabular de 16.8, con 6 grados de libertad y una confianza de 99 o/o. Podemos ver que existe una diferencia bastante significativa a nivel de 0.01. Se puede decir que no estamos en condición de aceptar la hipótesis y podemos concluir que el grado de instrucción influye en el conocimiento de anticonceptivos.

Según ingreso económico semanal: Del total de 400 pacientes, 164 conocen algún método anticonceptivo, y 236 desconocen. Esto ha sido relacionado con la variable de ingreso económico semanal, con el siguiente resultado (ver Tabla N° 3).

La prueba del CHI CUADRADO, nos da un valor experimental de 24.89, y valor tabular de 18.5, con 7 grados de libertad. Estas cifras son muy significativas, que nos permite rechazar la hipótesis de independencia de esta experiencia y podemos afirmar con una probabilidad del 99 o/o que el conocimiento de anticonceptivos depende en gran parte del ingreso económico.

Según estado civil: De las pacientes que conocen o desconocen algún anticonceptivo, el mayor número pertenece al grupo de pacientes casadas (ver Tabla N° 3).

La prueba de CHI CUADRADO, nos da un valor experimental de 25.78, y valor tabular de 13.3, con 4 grados de libertad. Estas cifras son bastante significativas, lo que permite afirmar que, con una confianza de 99 o/o y un nivel de significación de 0.01, el conocimiento de anticonceptivos está influenciado por el estado civil.

Uso de métodos anticonceptivos: Utilizaron algún método anticonceptivo 101 pacientes (25.25 o/o), ninguno: 299 pacientes (74.75 o/o).

Las 101 pacientes que utilizaron algún método anticonceptivo se distribuyen en la siguiente forma:

- El método del ritmo lo usaron 37 pacientes (9.25 o/o)
- Pastillas anticonceptivas: 26 (6.50 o/o)
- DIU: 11 (2.75 o/o)
- Ligadura de trompas: 11 (2.75 o/o)
- Preservativos: 5 (1.25 o/o)
- Inyectables de depósito: 5 (1.25 o/o)
- Lavado vaginal: 1 (0.25 o/o)
- Otros métodos: 5 (1.25 o/o)

Esta variable estuvo influenciado por el estado civil.

Grado de conocimiento de las pastillas anticonceptivas: De las 400 pacientes encuestadas se encontró:

- No saben qué es la pastilla anticonceptiva 262 pacientes (65.50 o/o) y sí saben 138 (34.5 o/o)
- No saben cómo funcionan las pastillas 359 pacientes (89.75 o/o) y sí saben 41 (10.25 o/o)
- No saben cómo tomar las pastillas 294 pacientes (73.50 o/o) y sí saben 106 (26.5 o/o)
- No saben porqué se toma por 20 días: 351 pacientes (87.75 o/o); sí saben 49 (12.25 o/o)
- No están seguras de que no embarazarán si toman bien las pastillas 119 pacientes (79.5 o/o); están seguras 82 (20.5 o/o).

Consecuencia que acarrea una familia numerosa: La mayoría de las pacientes manifestaron que tener una familia numerosa se traduce por:

- Problemas económico-educacionales: 185 pacientes (46.25 o/o)
- Depende de la situación económica: 77 pacientes (19.25 o/o)
- Es una bendición: 46 pacientes (11.5 o/o)
- Acarrea problemas inespecíficos: 41 pacientes (10.25 o/o)
- Es una bendición si se tiene dinero: 27 pacientes (6.75 o/o)
- Ambas (es una bendición y si se tiene dinero): 4 pacientes (1 o/o)
- En forma ambigua respondieron 9 pacientes (2.25 o/o)
- No saben o nunca han tenido problemas: 11 pacientes (2.75 o/o).

Negación de cosas por mantener a sus hijos: Del grupo en estudio, 305 pacientes (76.25 o/o) han tenido que privarse de algo. La distribución se hace en la siguiente forma:

Vestido 121 pacientes (30.25 o/o); diversiones: 61 (15.25 o/o); comodidades. 49 (12.25 o/o); alimentación 38 (9.5 o/o); otras (prestaciones sociales, ahorros, etc.): 35 pacientes (8.75 o/o); educación: 1 paciente (0.25 o/o).

El grupo de pacientes que nunca se privaron de algo por mantener a sus hijos fueron 95 (23.75 o/o). En este grupo están incluídas las que no dieron datos, de respuesta ambigua y las no aplicables.

Ingreso mensual que requieren para mantener la familia: El mayor número de pacientes del grupo encuestado, 321 (80.25 o/o) manifestaron que para poder mantener adecuadamente a su familia necesitan de ingresos mayores de S/. 7,000. Otro grupo de 31 pacientes (7.75 o/o), manifestó que requiere de un ingreso de S/. 6,001 a S/. 7,000; 20 pacientes (5 o/o) de S/. 5,001 a S/. 6,000; 5 pacientes (1.25 o/o) de S/. 4,501 a S/. 5,000; 17 pacientes (4.25 o/o) menos de S/. 4,500. Se abstuvieron de contestar 6 pacientes (1.5 o/o).

Oportunidad de educar a sus hijos: Manifestaron que podrán dar educación o mantener los estudios de sus hijos 214 pacientes (53.5 o/o); mientras que 94 pacientes (23.5 o/o), no podrán dar la cantidad de estudios que requieren sus hijos. Otras 69 pacientes (17.25 o/o) no saben si lograrán darle los estudios necesarios a sus hijos; 23 pacientes (5.75 o/o) no respondieron.

Enfermaron por preocupaciones del mantenimiento de la familia: De las pacientes en estudio 150 pacientes (37.50 o/o) manifestaron haberse enfermado alguna vez, debido a las preocupaciones por el mantenimiento de la familia; 203 (50.75 o/o), no enfermaron por dicha causa. Un pequeño número de 40 pacientes (10 o/o) se abstuvieron de responder y 7 (1.75 o/o) no saben.

Forma de inversión si tuvieran gran cantidad de dinero: La mayoría de las pacientes manifestaron que si tuvieran suficiente cantidad de dinero lo emplearían en:

- Inversiones para negocios, compra de casas: 184 pacientes (46 o/o)
- Educación de los hijos: 66 pacientes (16.5 o/o)
- Ahorro para un futuro: 64 pacientes (16 o/o)
- Comodidades: 52 pacientes (13 o/o)
- Salud: 14 pacientes (3.5 o/o)
- Beneficencias: 3 pacientes (0.75 o/o)
- Respondieron en forma ambigua e inespecíficamente: 7 pacientes (1.75 o/o)
- No saben cómo lo gastarían: 7 pacientes (1.75 o/o)
- Se abstuvieron de responder: 2 pacientes (0.5 o/o).

Discusión y Comentarios

En nuestro país, como ocurre en otras latitudes en vías de desarrollo, el crecimiento demográfico no marcha en forma paralela con el progreso económico y las probabilidades de proporcionar a la población niveles de vida adecuados.

En las naciones donde sólo un pequeño sector constituye el elemento moderno del país, mientras que la mayor parte de la población sigue viviendo en ínfimas condiciones y mantiene su forma de vida tradicional, seguramente no se reducirá el nivel de fecundidad nacional tan rápidamente como en aquéllas que logran que las masas participen en el proceso de desarrollo. En gran parte de las naciones pobres, es tradicional que una proporción muy alta de la población quiera que haya un mayor número de nacimientos por familia.

Los cambios en el comportamiento de los grupos socio-económico más altos respecto a la fecundidad no son de verdadera importancia, ya que tales cambios forman parte de una minoría y son responsables de un porcentaje muy pequeño de los nacimientos. El problema radica más en los grupos socio-económicos más bajos, quienes tienen alta fecundidad.

Cuando una pareja decide evitar nuevos nacimientos quizás considere que los métodos tradicionales de control de natalidad sean suficientes, y cuando esto les falle, probablemente escojan el aborto o los anticonceptivos modernos más eficaces (6).

Son numerosas las opiniones acerca de la conveniencia o inconveniencia de llevar a cabo programas de planificación familiar. Sin embargo, la política impuesta por los gobiernos de nuestro país, han impedido el desarrollo de éstos.

Las últimas décadas han sido testigos del crecimiento poblacional debido a tasas altas de natalidad; el punto más alto de este aspecto es la mayor proporción de mujeres jóvenes, en edad fértil, que en el presente estudio tiene un promedio de 27.9 años (D.S. \pm 5.85), entre límites de 15 y 48 años como mínima y máxima edad.

De la población total, predominaron las pacientes de 20 a 34 años: 273 (68.25 o/o); con un mayor porcentaje de pacientes (27.5 o/o) entre 20-24 años. A partir de los 34 años, la muestra tiene una curva descendiente, siendo el punto más bajo de 45-49 años. Similares cifras han sido encontradas en otras ciudades del país como Cerro de Pasco y Arequipa (5). Por lo tanto, las consecuencias del aumento de la población no solamente es el resultado de las condiciones de mortalidad en las distintas edades y del comportamiento fecundo de las mujeres en edad reproductora, sino que, en buena parte, también es consecuencia de la estructura por edad de la población (5)

Debemos, en la medida de nuestras posibilidades, llegar a conocer en qué medida las variaciones residenciales están fundadas en tasas de maternidad o fertilidad.

La pirámide poblacional del país nos muestra un gran sector de población dependiente menores de 15 y mayores de 65 años. En la población joven se observa mujeres dentro de la edad fértil que cursan primaria, secundaria y superior. Los programas de educación nacional poco han contemplado el aumento de demanda educativa para una población escolar que día a día crece, lo que ha traído como consecuencia un alto índice de escolaridad.

Nuestra muestra en relación al grado de instrucción confirma lo antes dicho, ya que los más altos porcentajes los tenemos a nivel de primaria (34.75 o/o) y secundaria (49.25 o/o), y en menor porcentaje superior (8.50 o/o).

Frecuentemente, la disminución de la fertilidad se relaciona con una mayor educación. Se supone que el desarrollo educativo debe abarcar desde un aumento en el número de escuelas y en las actividades que se llevan a cabo en las aulas, hasta el uso de tecnología industriales y agropecuarias más avanzadas o una mejora en la habilidad para leer y escribir fuera del salón de clase.

La educación es una forma de información que produce elevados réditos, sea directamente, a través de la adquisición de habilidades que mejoren la posición económica del individuo, o indirectamente aumentando la productividad, con buena salud y mejor alimentación (2).

El porcentaje de las pacientes casadas (59.50 o/o) y el de las convivientes (33.0 o/o) no ofrecen diferencias significativas. Este hecho llama la atención por cuanto la religión de las pacientes en su mayoría es la Católica. La controversia nace en que siendo el Perú un país eminentemente Católico, cuente con alto porcentaje de concubinato. Dentro de la evolución tradicional de la conviviente, casi siempre existe el deseo de dar más hijos al amante, para de esa forma solventar sus problemas económicos.

Creemos de que los problemas jurídicos, económicos y sociales en la conviviente y en la madre soltera podrían obviarse si se contara con una buena educación y orientación en Planificación Familiar.

La distribución de los ingresos está entre uno de los componentes más importantes del desarrollo y constituye una de las claves determinantes de la distribución de los beneficios del desarrollo para las poblaciones rurales y urbanas, así como para la sociedad en general. El desempleo y el subempleo, principales preocupaciones en el desarrollo económico de nuestro país, se traduce por bajos ingresos económicos semanales. Puede señalarse como causa de este fenómeno el crecimiento acelerado de la fuerza laboral urbana, los altos índices de fecundidad y una disminución de los índices de mortalidad.

Nuestro país se encuentra entre los pueblos de bajo ingreso económico y, para la mayor parte de nuestra población, dichos ingresos están lejos de ser adecuados.

En nuestra muestra podemos observar que un 64 o/o de pacientes tienen ingresos por encima de S/. 1,751 y otro grupo (1.75 o/o) con ingresos de S/. 250 semanales. Esto nos pone en claro que la distribución de ingresos a nivel local es en alto grado desigual lo que es un obstáculo al crecimiento económico y mantiene baja la demanda de los productos nacionales producidos a base de mano de obra. Tal desigualdad retrasa el proceso de modernización de la familia, que es pre-requisito para que la fecundidad descienda espontáneamente.

No desean tener más hijos 226 (56.25 o/o), y 166 (41.50 o/o) sí los desean. Esta variable, relacionada con el grado de instrucción, nos da una equiparidad porcentual entre las pacientes de primaria, secundaria y superior. La diferencia porcentual es marcada en el grupo de analfabetas, probablemente por la alta paridad.

El análisis para el estudio de la dependencia o independencia de estas variables nos permite afirmar que el grado de instrucción está en relación con el deseo de disminuir el número de hijos ($p > 0.01$).

En relación al estado civil, el grupo de pacientes casadas son las que más conocen y desconocen los métodos anticonceptivos en relación al número de convivientes y solteras; esto parece estar en relación directa con la estructura económico-social de cada unidad familiar, donde existe la responsabilidad mutua, por el compromiso matrimonial, por la vida y educación de los hijos.

Aquí también podemos afirmar, luego de un análisis estadístico, con una confianza del 99 o/o y un nivel de significación de 0.01, que el conocimiento de anticonceptivos está influenciado por el estado civil.

Ha usado algún método anticonceptivo la 1/4 parte de la muestra (24.25 o/o); nunca utilizó métodos tradicionales ni modernos el 74.75 o/o de nuestra población en estudio.

Algunos antecedentes culturales, religiosos y sociales han hecho que el método más usado sea el del ritmo (9.25 o/o); le siguen por orden de frecuencia, algunos métodos modernos como los anticonceptivos orales (6.50 o/o), dispositivos intrauterinos (2.75 o/o), ligadura de trompas (2.75 o/o).

Las pastillas anticonceptivas cobran un gran auge por ser efectivas y expendirse en nuestro país libremente, situación que no prevalece en muchos países de Latinoamérica.

Los dispositivos intrauterinos han tenido menor difusión en nuestro medio. Los métodos irreversibles como ligadura de trompas (2.75 o/o), constituye un método relativo de planificación, por cuanto siempre fue practicado en pacientes de alta paridad.

Algunos factores, tales como la motivación de las pacientes, las instrucciones impartidas, las tensiones sociológicas, la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud constituyen factores vitales para el uso correcto de los anticonceptivos orales.

A nivel nacional, todos estos factores han estado disminuidos o no existen, lo que ha traído como consecuencia que altos porcentajes de nuestra población tengan un desconocimiento total de los métodos anticonceptivos modernos, como lo hemos mostrado.

Uno de los principales problemas de nuestra muestra poblacional, en una familia numerosa, es el económico-educacional (46.25 o/o). Otro sector (19.25 o/o) presentó problemas eminentemente económicos.

Es un hecho comprobado el que la buena nutrición, las buenas condiciones de alojamiento y una educación superior favorecen la salud. La escasez de alimentos, un alojamiento inadecuado y bajos niveles educativos figuran entre los graves problemas de la mayoría de los países en vías de desarrollo.

Los recursos de que se dispone son limitados para resolver estos problemas, aún con nuestro niveles actuales de población. Por lo tanto, un descenso en su nivel de fecundidad le permitirá, en el último de los casos, lograr un equilibrio entre la población y la producción de alimentos por un lado, y la construcción de viviendas y recursos educativos por el otro. Esto a su vez, contribuirá indirectamente a un mejor estado de salud general (3).

Recomendaciones

En todo el mundo, y especialmente en países sub-desarrollados más populosos, la adopción de prácticas de Planificación Familiar en la escala requerida para la desaceleración esencial de los incrementos de población, necesitará amplios conocimientos y conciencia pública de los beneficios personales y sociales de la Planificación Familiar. Estos beneficios son la clave para el éxito del Programa.

Creemos que la educación sobre Planificación debe ser impartida a nivel de comunidad —la llamada educación no escolar de población—, que utiliza toda la escala de organizaciones. Así mismo, debe incluirse en los programas de educación primaria y secundaria cursos sobre Educación Sexual y bases elementales sobre Planificación Familiar, con el fin de concientizar a la población en Paternidad Responsable. En esta forma estamos seguros que cada uno de los elementos comunales tomará conciencia del papel que le corresponde en el grupo familiar, en la comunidad y a nivel nacional; y no ser un actor pasivo como la población adulta de la India, blanco de tantas críticas mundiales.

A nivel superior, las últimas recomendaciones de seminarios nacionales e internacionales insisten en la metodología de la enseñanza de población a lo largo de toda la carrera médica y para-médica, lo que implica inmediatas modificaciones silábicas en los currícula vigentes.

Bibliografía

1. Foncerrada Miguel: Aspectos psicológicos de la planificación familiar. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Vol. XXXIII. N° 1. Pág. 169-177, Enero-Febrero, 1976.
2. Kocher E. James: Desarrollo rural: Distribución del ingreso y disminución de la fecundidad. Edit. LIMUSA, México, Págs.: 49-72, 1976.
3. Nusret H. Fisek: La medicina y el cambio demográfico. Modificación de patrones de población. Estrategia para el médico. Edit. LIMUSA, México, Págs: 62, 1976.
4. Ravenholt, R.T., Brachet, W., James y Chao John: Programas de planificación familiar y patrones de fecundidad. Informes Médicos: Programas de planificación familiar. Serie: J. N° 1, Págs. 1-22, Agosto 1973.
5. Riitta Fuchs Anna: Avances en tecnología de la anticoncepción ginecología y obstetricia. V Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. I Jornada Peruana de Mastología. Vol. XXI, N° 1-2-3, Págs: 275-288, 1975.
6. William Rich: El desarrollo social y económico como base de la planificación familiar. Edit. LIMUSA, México, Págs: 21, 28, 55, 1976.