

CONSIDERACIONES MEDICO-SOCIALES DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

POR

CARMEN SLOCKER DE ARCE

1. INTRODUCCION. CONCEPTO

Dentro de un enunciado tan amplio, y de las múltiples posibilidades de tratamiento que ofrece, la elección se ha hecho teniendo en cuenta dos aspectos fundamentales, primero las motivaciones que inducen a la creación de esa nueva especialidad médico-social que es la planificación familiar, y, en segundo lugar, una revisión actualizada de los distintos métodos a elegir dentro de esa especialidad, y la posición de cada paciente tocante a la Planificación Familiar en nuestro país.

Revisaremos las experiencias realizadas por los Centros de planificación familiar, en marcha, de nuestro país y analizaremos los diferentes aspectos sociales que han motivado su creación y la indudable repercusión positiva que han tenido.

Este enfoque disciplinar me viene impuesto por mi propia formación, pero considero, y espero que no sea una cómoda racionalización, que puede ser interesante y complementaria de los puntos de vista que aportan las otras disciplinas aquí representadas.

Enfocaremos el tema de la Planificación Familiar desde el punto de vista de la medicina social estudiando la psicopatología derivada de ella.

Hemos de considerar la medicina social a aquella que define Renè Sand como la “que estudia los factores sociales y culturales que hay en las cuestiones médicas”, y si aceptamos que el *cuero social* del hombre lo consti-

tuye la familia como el ambiente físico y biológico que lo envuelve, vemos clara la idea de que, de no estabilizar ese soporte personal que es la familia, podemos ver derrumbarse su "salud social".

La planificación familiar sería el conjunto de conocimientos, medios, normas y métodos que se ponen a disposición de la mujer sola o con su pareja para que pueda hacer realidad el deseo de tener un número de hijos determinado: desde cero hasta el número deseado.

Se trata, pues, como así lo define la O. M. S., "un modo de pensar o vivir adoptado voluntariamente por individuos o parejas basándose en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con responsabilidad a fin de promover la salud y el bienestar de la familia y contribuir así eficazmente al desarrollo social de un país".

El número de nacimientos y el espacio que debe mediar entre ellos es fundamental en función de consideraciones que a continuación vamos a detallar:

La procreación incontrolada plantea, a escala mundial, problemas demográficos y económicos, familiares, educativos y personales que no pueden ser eludidos en nombre de principios generales fundados en la tradición.

La planificación familiar se plantea, pues, en términos de fecundación CONSCIENTE de los deberes hacia la mujer, hacia los hijos y hacia la sociedad. Reflejándose tanto en el control de la natalidad como en el estudio de la esterilidad, ya que si bien se requiere atención a las familias numerosas y a limitar el número de sus miembros, también el problema de miles de parejas estériles o el problema del hijo único puede ser fuente de desequilibrio en todos los aspectos psicosociales

PARTE I

CONSIDERACIONES QUE INDUCEN A LA PLANIFICACION FAMILIAR

2. CONSIDERACIONES DEMOGRAFICAS

Es universal la preocupación del aumento de la población en relación con la disminución de los recursos materiales terrestres. Esto ha llevado a que las naciones, sobre todo las integradas en el llamado Tercer Mundo, hayan dispuesto de métodos para el control de la natalidad.

En Puerto Rico, a partir de 1930 y en sólo veinte años esterilizan, con ayuda financiera de los EE. UU., al 50 por 100 de mujeres. Entre 1947-1948, al 7 por 100. En China, por iniciativa del Gobierno, se recomienda no comenzar las relaciones sexuales antes de los 25 años y de los 20 en los hombres. En la India, el primer Gobierno de Indira Gandhi, promocionaba la esterilización masculina mediante regalos.

España ha sido un país pronatalista. El artículo 416 del Código Penal prohibía la información, divulgación y uso de anticonceptivos. Premios a la natalidad, etc.

La interacción entre la humanidad y el medio es tan compleja, que estamos incapacitados para predecir los efectos finales de las decisiones que se están tomando en la actualidad. El Massachusetts Institute of Technology ha lanzado un estudio empleando un sistema de computación para determinar el desenlace de varios factores recíprocos, y donde se ven representados los efectos de los cambios en la población mundial sobre los recursos naturales, calidad de vida, inversión de capital y contaminación. Sus conclusiones incluyen la predicción de que “la calidad de vida declinará si no se ponen restricciones a la población, hasta que la contaminación y otros factores produzcan su propio control sobre la misma”.

Pero el factor demográfico no es, “per se”, decisivo a la hora de plantearse la Planificación Familiar, pues existen dos posturas enfrentadas, y así, mientras que el Dr. Jay Forrester mantiene la teoría antes expuesta y Frank Notestein, el “padre de la demografía americana”, llega a la conclusión de que el problema económico mundial se “simplificaría al reducirse el índice de crecimiento demográfico gracias a una drástica disminución de la natalidad en los países más desarrollados”, otros estudiosos, como Julián L. Limou, dice que un aumento de población produce a la larga resultados económicos mejores que una población estacionaria.

Las tesis sobre el futuro demográfico van desde el “crecimiento sin límites” hasta el “crecimiento cero”.

No obstante, el modelo de familia y el “crecimiento cero” tiene cada vez más adeptos y es posible que se convierta en una realidad universal, y de ello la necesidad de la Planificación Familiar.

SUPUESTAS NECESIDADES DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- 1) Cálculo del aumento de población: 6.500 millones en el año 2000.
- 2) Necesidad de aumento al doble la producción de alimentos.
- 3) Actualmente 2.200 millones carecen de recursos suficientes.

- 4) Necesidad de un control de la natalidad de carácter voluntario.
- 5) Necesidad de un mayor desarrollo económico y social.
- 6) Necesidad de una mejor educación sexual.
- 7) Relación entre la planificación estatal y el estado económico y social.
- 8) Relación entre la planificación estatal y la libertad humana.
- 9) Confección de programas estatales para la planificación.

3. CONSIDERACIONES EUGENESICAS

En un mundo en el que se calculan en 40 millones de mujeres fértiles que ingieren anovulatorios, donde más de 10 millones utilizan métodos anticonceptivos del tipo D. I. U. y se desconocen las que emplean con más o menos éxito el método Ogino, en donde cada vez es mayor el número de países en los que se ha legalizado el aborto, existen, sin embargo, cientos de miles de parejas que quieren tener hijos sanos, libres de enfermedades hereditarias y congénitas que representan una vida afflictiva para los padres y afectados y suponen una gran carga para la sociedad.

Por razones evolutivas, al igual que humanas y socioeconómicas, el médico y la sociedad son responsables de desaconsejar la natalidad cuando puede perpetuar un carácter genético nocivo.

Para lograr esto, es necesario aplicar los conocimientos de medicina preventiva y educación para erradicar las enfermedades hereditarias.

Se plantea, pues, la necesidad de medidas preventivas desde antes de su concepción hasta después de su nacimiento, de la Planificación Familiar como educación sanitaria trabajando en un protocolo amplio que sirva para el despistaje del cáncer, detección de anomalías congénitas (suponen actualmente el 3 por 100 en nuestro país). Como señala Boch Marín, la educación sanitaria (dentro de ella la Planificación Familiar) constituye un hecho indispensable para evitar “los errores de la sabiduría popular”.

Según la experiencia realizada por los Centros de Planificación Familiar, las parejas que son informadas de una posible deficiencia genética adoptan una postura determinante en el sentido de aceptar la no procreación, y son los que se someten con mayor facilidad a las técnicas más drásticas de contracepción (vasectomía, esterilización de trompas...).

Es conocida la influencia del embarazo en la edad tardía como culpable de mayor incidencia en el síndrome de Down (mongolismo).

Muchas de las enfermedades genéticas pueden ser detectadas con anterioridad a la fecundación, en función de:

- Análisis cromosómicos.
- Antecedentes familiares.
- Hábitos en generaciones anteriores (alcoholismo, drogas).

Otras causas y factores etiológicos de posibles anormalidades fetales, como:

- Enfermedades infecciosas (rubeola, toxoplasmosis).
- Radiaciones ionizantes. Rayos X.
- Drogas (Talidomida).
- Enfermedades endocrinas.
- Hipoalimentación y carencias vitamínicas.

Es, pues, necesario informar a la pareja, realizar una buena educación sanitaria, a fin de que conozcan su propio cuerpo, sus propios antecedentes; de este modo, la decisión que adopten en cuanto al número de hijos se verá influenciada por la mayor o menor posibilidad de engendrar hijos sanos.

Llegará un momento en el que se exigirá el diagnóstico de anormalidades fetales, incluso se llegará a demandas de tipo legal.

Actualmente podemos detectar una serie de anomalías embrionarias a más de conocer las notas que pueden modificar una buena evolución del embrión y del feto. La naturaleza, la selección natural impone sus propios médicos, ya que el 50 por 100 de los huevos son abortivos.

4. CONSIDERACIONES MEDICAS

En ocasiones, la Planificación Familiar se plantea como un problema puramente clínico, cuando la mujer presenta una patología que puede agravarse ante un embarazo y que en ocasiones puede resultar la muerte de la madre o del hijo. Ello supone una buena razón para practicar la anticoncepción.

Pero también la existencia de alguna enfermedad en la mujer puede producir esterilidad o infertilidad.

Deberá, por tanto, estudiarse en uno y otro caso la necesidad de una Planificación Familiar.

Las principales enfermedades que pueden empeorar con el embarazo y que, por lo tanto, en la necesidad de una prevención y anticoncepción, son: las cardiopatías, diabetes, nefropatías, enfermedades tiroides y tuberculosis. No queremos decir que no fuera posible el embarazo y el parto, pero sí que

las mujeres que padecen este tipo de enfermedades corren un riesgo que es necesario valorar.

En ocasiones, enfermedades habidas tanto en el varón como en la mujer producen esterilidad o infertilidad; y, a modo de ejemplo, en la mujer son: tuberculosis genital, infecciones venéreas, patología laboral (trabajadoras de industrias químicas, trabajos masculinizantes), y en el hombre: orquitis post-parotiditis en la infancia (que produce atrofia testicular), también patología laboral, hábitos (alcohol y drogas), etc.

La Planificación Familiar consiste también en INFORMAR y valorar cada una de estas situaciones y de personalizar en cada caso concreto, respetando siempre la decisión de la mujer o de la pareja.

5. CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES

En España estamos a la cabeza de muchos países occidentales en el sentido de una notable disminución en el número de nacimientos. La pareja va encaminada a limitar a 2 ó 3 el número de hijos.

De una encuesta realizada por el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Ciudad Sanitaria "José Antonio", de Zaragoza, se deduce que:

- La edad de iniciación sexual es tardía en nuestro país, pero se va adelantando progresivamente.
- Las situaciones prematrimoniales son ya significativas y tienden a aumentar.
- Existe una deficiente información sexual.
- La estructura familiar está muy integrada.
- Los problemas domésticos no suelen afectar la vida sexual, influyendo más *el trabajo fuera de casa*.
- La planificación familiar es un hecho que afecta a la mayoría de las parejas españolas (viéndose que el número de hijos deseados suelen ser tres), lo que tampoco plantea un problema demográfico.
- Se deben instaurar centros de Planificación Familiar, que además de proporcionar los medios anticonceptivos, proporcionan INFORMACION, ya que en España la calidad y cantidad de anticoncepción depende del grado de educación e independencia femenina, siendo antisocial que las mujeres con menor formación practiquen menos y peores métodos anticonceptivos.

Hemos de incluir en este apartado dos grandes indicaciones de la Planificación Familiar; ya que dos son los problemas que preocupan fundamen-

talmente a nuestra sociedad: la *calidad de vida*, por una parte, y el *ABORTO*, por otra, estos problemas se han visto incrementados por la crisis económica y por la llamada “revolución sexual”, respectivamente.

Es indudable que ha aumentado la calidad de vida, y en parte se debe a la incorporación de la mujer a la sociedad de consumo.

Desde el mismo momento en que la mujer se integra en la sociedad de consumo, cambia biológicamente su ritmo, aunque no se ha estudiado en profundidad dicho cambio.

Si está en período de gestación tendrá más miedo a los trabajos de pie por la tendencia a los dolores de espalda (lumbalgias, aborto, parto prematuro). De ahí que a gestación no deseada sea más frecuente en la mujer trabajadora. Pero aunque desee tener hijos, no se encuentra debidamente protegida, ni en todos los centros laborales se fomenta el “trabajo transitorio” y la ocupación laboral parcial a que tiene derecho toda embarazada que quiere ser madre.

Se considera en la sociedad superindustrializada que la mujer trabajadora tiene una mayor agresividad en el embarazo y que vuelve a sentir impulsos primarios, la mujer trabajadora siente que con un hijo su dependencia del medio será siempre mayor. Es el “vacío de libertad” que señala Kierkegaard que considera a la mujer dependiente de todo su entorno.

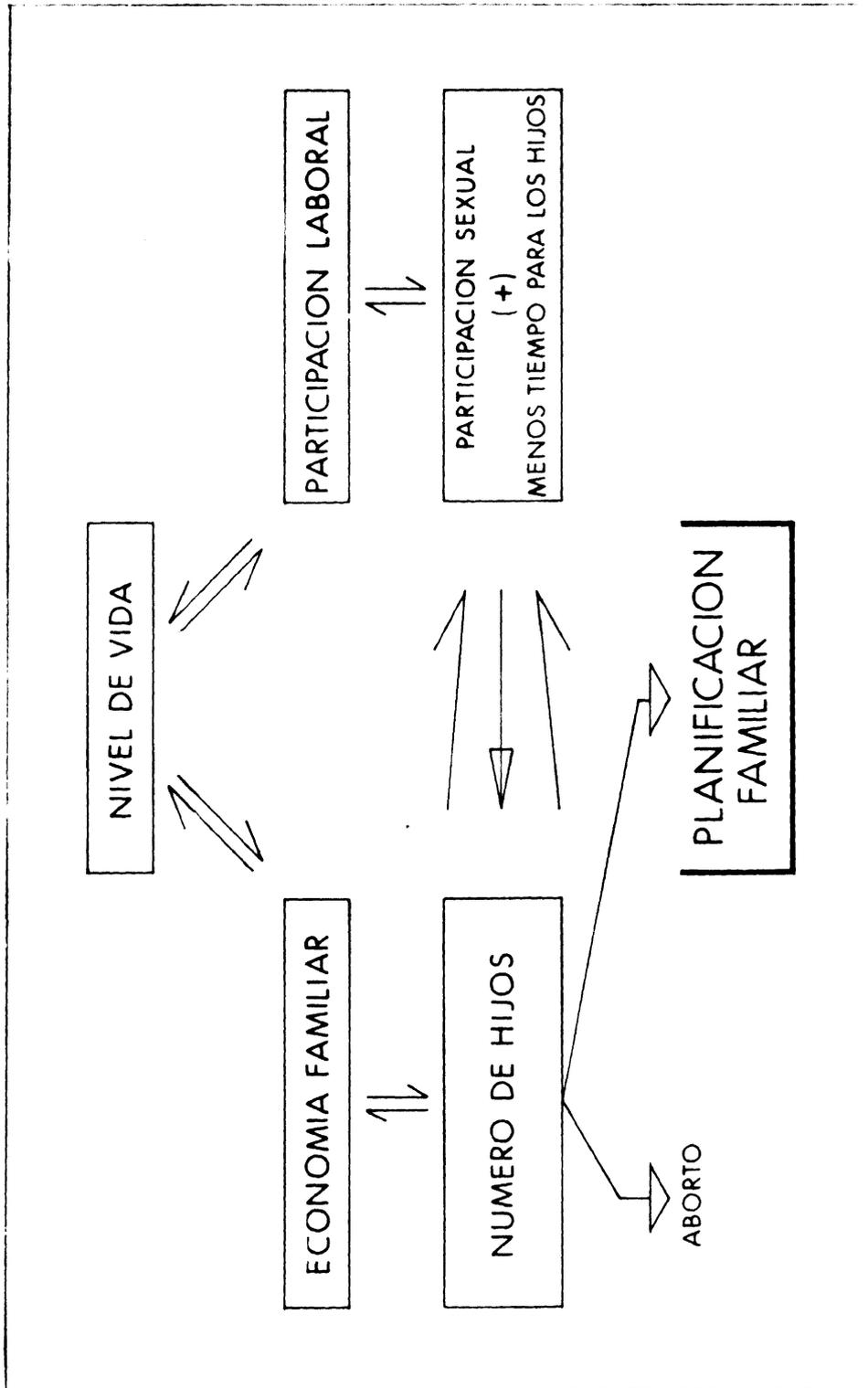
Aparte de que también hay, en las mujeres trabajadoras según el medio de trabajo, causas médicas (traumáticas, tóxicas y posturales) facilitadoras de abortos y partos prematuros. En resumen, hay una patología laboral negativa.

Pero, además, al incorporarse al trabajo tiene menos tiempo para dedicarlo a sus hijos y, paradójicamente, cada vez tiene más interés en su educación y en ofrecerles mejores bienes materiales. Esta pretensión de alcanzar un “status” social cada vez mayor induce a limitar el número de hijos, de modo que sea más fácil el logro.

Desde el punto de vista económico, el tener hijos significa que los recursos económicos han de aumentar, esto en sí, estimula a limitar el número de hijos. Otros factores que juegan papel son: el nivel de *educación* (a más estudios, más pequeño el tamaño ideal de familia), y el *momento* en que la mujer hace la consideración a lo largo de su época fértil (después de nacer el primer hijo, la idea de tamaño de familia cambia). Ver figura.

El segundo problema a que nos referíamos es el que suscita la llamada “revolución sexual”.

La sexualidad humana es mucho más que un medio biológico para la procreación. Tras muchos años de considerar la función sexual como exclusivamente función reproductiva, la mujer reivindica su derecho a vivir su



sexualidad plenamente, y aprende que la represión sexual es un eficaz instrumento para el sometimiento del hombre al poder constituido.

Esto obliga a plantearse la *libertad sexual* como fórmula de lucha contra la dominación sexual, pero la falta de educación en este terreno, que en su día favoreció la multiplicación y creencia de los "tabús" sexuales, provoca la exaltación de la sexualidad, las desviaciones, la *autoeducación* y un descontrol en las relaciones sexuales que inducen a que cada día sea mayor el número de mujeres solteras que reivindican su derecho a la sexualidad y, por lo tanto, el aumento de embarazos no deseados.

La consecuencia directa de las relaciones sexuales precoces en las que falta madurez psíquica y genital son:

- fracasos sexuales posteriores,
- embarazos no deseados —abortos—,
- partos prematuros,
- hijos subnormales,
- alteraciones psíquicas (depresiones).

Destacaremos un estudio realizado por el Dr. Sopena Ibáñez en el que se consigna que el 67 por 100 de las embarazadas solteras corresponde a mujeres con conflictos socio-económicos, familiares, huérfanas de edades tempranas, familias numerosas, alcoholismo de los padres, viviendas insuficientes y en algunos casos antecedentes mentales en padres o en miembros allegados.

Asimismo, en un estudio hecho por el Dr. García Hernández de Salamanca se consigna la relación de los padres con el número de embarazadas según la siguiente tabla.

<i>Profesión del padre</i>	<i>Núm. de embarazadas</i>
Obrero del campo	56
Obrero industrial	21
Profesionales liberales	5
Comerciantes	8
Funcionarios	12
Militares	10
Padres fallecidos antes de nacer	17
Padres desconocidos	25
Sin trabajo fijo	15
No contestados	22

Resumiendo el problema, resaltaremos como factores facilitadores: los psico-sociológicos, los económicos, culturales, los hogares con poca o escasa habitabilidad, los trabajos inadecuados y en todos los casos la absoluta falta de *orientación sexual*.

Queda muy claro la necesidad de una educación para que el acto sexual se lleve a cabo, por una parte otorgando ese indudable derecho de la mujer a vivir plenamente su sexualidad y por otra parte otorgando la libertad de concebir o no un hijo.

La sexualidad humana lleva pareja tres nociones simultáneas: *placer*, *deseo* y *relación* entre dos personas, pero esa relación lleva consigo (o puede llevar) a fenómenos “biológicos” como el “embarazo” y la aparición de un “nuevo ser” que por sus características biológicas de inmadurez necesita vivir con otros. Lo que Muldwort denomina “estructura de la familia” o “estructura de cría”.

Si consideramos todos los aspectos anteriores y si aceptamos la realidad del ejercicio de la vida sexual entre parejas sin “estructura de cría”, se comprende la afluencia de demandas de métodos anticonceptivos.

Asimismo, la familia estructurada quiere y debe llevar una vida sexual encaminada a enriquecer su misión, que dicho en términos del Dr. Sopenña, “la pareja debe conseguir amarse sin miedo”.

Para resumir las valoraciones “psico-sexuales” a modo esquemático diremos que:

1.º) Los métodos de Planificación Familiar han proporcionado a la mujer la posibilidad de convertirse en compañera sexual, pero, de momento, es ella y no el varón la que tiene que someterse a los métodos anticonceptivos, y esto juega un factor psicológico negativo en la estabilidad de la pareja. Es ella la que tiene que enfrentarse a la sociedad, a cambio de su preciada “liberación sexual”. (Hemos comprobado cómo la mayoría de varones que se someten a la vasectomía son los dominantes en las relaciones sexuales.)

2.º) El cambio producido por nuestra sociedad, en la cual el matrimonio era el único marco legítimo de la actividad sexual y en sentido católico (sigue siéndolo), no se legitima sino está orientada a la procreación.

Si bien la pareja acepta fácilmente la Planificación Familiar, en un país predominantemente católico tropezamos con la tajante determinación de la Iglesia, que si bien está promulgando la Paternidad Responsable, no acepta ningún anticonceptivo. Las mujeres católicas aceptan, no obstante, los métodos naturales (Ogino, temperatura basal), y sólo los otros cuando deciden en conciencia (libre o predeterminada).

3.º) La hipersensibilidad de nuestra sociedad, la promiscuidad, la circulación de pornografía, las libertades y abusos propician al aumento de embarazos no deseados y como consecuencia de los abortos.

4.º) Las relaciones prematrimoniales, o extramatrimoniales son cada vez más frecuentes en nuestro país, existe una lenta pero progresiva dismitificación, el sexo es un elemento más o menos interesante en la interacción humana y, por tanto, en los fenómenos sociales.

Todo ello explica la necesidad de la Planificación Familiar con el fin no sólo de informar y suministrar anticonceptivos, sino de valorar a *la mujer en la familia* y a la mujer en el resto de la *sociedad*, incluso si limitamos este último ámbito al profesional, todo el mundo coincide en que son mutuamente independientes y paralelos a efectos de posición relativa, pero no se logra la unanimidad a la hora de señalar el ámbito determinado.

6. LA PLANIFICACION FAMILIAR COMO PROFILAXIS DEL ABORTO

No me queda más remedio que abordar brevemente el problema del aborto, dado el carácter prioritario que presenta en la actualidad.

Como dice magistralmente Simone Veil: "No podemos hablar de victoria aunque se consiga una ley que liberalice el aborto. El aborto es siempre una derrota: la única victoria consiste en poder evitarlo".

Una planificación familiar bien entendida podría, si no erradicar el problema del aborto, sí rebajar el número aterrador y las graves complicaciones del aborto clandestino.

Todavía hay progresistas que incluyen el aborto o interrupción del embarazo como un cuadro más de control de la natalidad. Nunca puede ser control ni fin deseado, pues por leve que sea la intervención del vaciamiento uterino, siempre implica un triple riesgo: trauma psíquico, quirúrgico e infectivo.

Toda planificación familiar debe tener, como premisa obligada, que sea absolutamente inocua, sin complicaciones primarias ni secundarias, ni para la madre ni para el hijo futuro.

Los países socialistas valoran en su debida proporción el "derecho de la mujer sobre su propio cuerpo". Es un anhelo de los "Movimientos de la liberación de la Mujer".

Desde un punto de vista psicológico y psiquiátrico muy profundo, la mujer valora el embrión o feto dentro de su claustro en dos sentidos radicalmente diferentes.

1.º) El embarazo lo siente como un ser, embrión o feto, unido a su cuerpo y que, si se les extirpa, sienten como una amputación, psicológicamente aún más sensible que si se les amputara un brazo o una pierna.

2.º) Otro tipo de mujeres son aquellas que consideran el embarazo, embrión o feto como un cuerpo extraño, y desean que se les extirpe como si fuera un tumor. No se siente traumatizada después del aborto, sobre todo si es comprendido este rechazo de la maternidad por el medio que la rodea, y esta comprensión se ve reflejada en las leyes.

Ambas objeciones deben ser respetadas por los Médicos, Psicólogos, Sociólogos y aún más por los políticos. Sin la discusión abierta de este doble problema nunca conseguiremos unas leyes justas.

Otro aspecto sería el derecho de la mujer sobre su propio hijo subnormal. Así lo hemos visto en nuestra práctica médica. El niño subnormal es cuidado con abnegación y heroísmo por mujeres que se han negado al aborto.

Ante el aborto sólo hay un tipo de conducta: *Medicina Social y Preventiva*. Todo lo demás es rehuir el problema y empeorarlo. Resumiría nuestra conducta médica en los siguientes parámetros:

1.º) Aceptación histórico- dialéctica de un problema, en este caso el aborto, como fenómeno tangible numéricamente (unos 300.000 abortos anuales en nuestro país).

2.º) El aborto nunca puede ser medio valuable para el control de la natalidad. La práctica indiscriminada tiene mortalidad y morbilidad. Sus complicaciones producen gastos hospitalarios de elevado coste.

3.º) No hay más conducta profiláctica que la planificación familiar a nivel estatal a todas las escalas, la coeducación como máximo exponente del respeto entre ambos sexos y la asunción de la seguridad social de la Planificación Familiar.

PARTE II

7. ELECCION DEL METODO

Una vez demostrada la necesidad de la planificación familiar haremos una breve síntesis histórica de los métodos a emplear, ya que su aparición establece las líneas básicas para la planificación familiar y suponen una novedad histórica, política y social.

- En 1952-1959 aparece la píldora.
- En 1963, dispositivos intrauterinos.

- En 1969, nuevos implantes con cristales de estradiol.
- En 1977, nuevos implantes con cristales de estradiol.

Más recientemente se centra la investigación hacia:

- Anticonceptivos Antiespermatozoides (a nivel vaginal, repelentes de ellos).
- Competidores de gonadotrofinas (FSH y LH) a nivel de órganos diana = ovarios y no a nivel central = Hipófisis, como sucede en la píldora.
- Píldora de papel (mezcla de arroz + etinilestradiol + Nortestosterona).
- Anillos vaginales impregnados en Esteroides.
- Vacuna antiembarazo (antigonadotropia corionica).
- D.I.U. de Progesterona.
- Papel de tornasol en la saliva (recoge el momento de la ovulación).
- Anticoncepción masculina. En Oriente (China) a partir de derivados de algodón. En Occidente, a partir de Testosterona.

La investigación dura entre 12-21 años y ha costado más de 15-20 millones de dólares.

Desde el otoño de 1978 los anticonceptivos son legales en España, aunque de hecho las mujeres españolas llevan más de una docena de años practicando diversos métodos.

Hasta hace poco tiempo, el abanico de posibilidades anticonceptivas quedaba limitado casi exclusivamente a la píldora, conseguida, a veces, medio clandestinamente y sin suficiente control médico; los preservativos; el Método Ogino-Knaus, coitus interruptus (retirarse "a tiempo") o nada. Y, en algunos casos desesperados, un viaje a Londres a abortar, o peor aún, el aborto provocado clandestinamente en "centros" absolutamente sépticos.

En los últimos años el abanico se amplía a incluir el esterilet o D.I.U., el diafragma con espermicidas e incluso la teóricamente prohibida ligadura de trompas o vasectomía como esterilización voluntaria y permanente.

Actualmente existe una amplia variedad de técnicas anticonceptivas, ninguna de las cuales es ideal, todas pueden fallar, y de hecho han fallado en ocasiones; algunos conllevan cierto riesgo o están contraindicadas en ciertos casos, otras son molestas, o pueden conllevar efectos secundarios indeseables; y otros son desagradables desde el punto de vista físico o psicológico.

La elección de un método anticonceptivo depende de diversos factores de cada pareja y de sus necesidades individuales en el momento en que se

plantean el problema de planificar su familia. La decisión debe de ser de la pareja, pero orientada por el médico. Se puede basar la toma de decisiones clínicas en tres axiomas, tal como propone Calderone; estableciéndose así las líneas básicas para la Planificación Familiar:

- 1) El empleo de cualquier método es más efectivo que el empleo de ninguno.
- 2) El método más efectivo es el que la pareja emplea con mayor constancia.
- 3) El factor más crítico en su efectividad de un método contraceptivo es su aceptación.

Por otra parte, además de las consideraciones médicas, la elección de un método u otro varía con la motivación. La mujer integrada en un modelo de familia tradicional tendrá a todas luces una motivación diferente de una mujer soltera que quiere vivir su sexualidad, o la de una madre de familia numerosa, o de una mujer que vive su profesión y ya tiene el número deseado de hijos.

El elegir el mejor método dependerá de los factores que hemos considerado a lo largo de esta exposición, de sus motivaciones, de la *información* de los métodos disponibles conociendo las ventajas o desventajas que suponen en su caso concreto, así como de la frecuencia de las relaciones sexuales (tienen diferentes indicaciones los mismos métodos, en una pareja con relaciones sexuales esporádicas que en otra con relaciones continuadas).

Psicológicamente existen también motivaciones subconscientes de elección de los diferentes métodos (una mujer que quiera un hijo subconscientemente, elegirá un método menos seguro).

La elección del método es fundamental para que la Planificación Familiar sea eficaz y pueda lograrse:

- una disminución del índice de embarazos no deseados;
- un aumento del embarazo deseado;
- una disminución del número de abortos provocados;
- una reducción del número de parejas o individuos con problemática sexual;
- aumento de la detección de enfermedades;
- aumento de la salud de la población, entendida como bienestar físico psíquico y social.

Según una encuesta realizada en 1982, los métodos más empleados en nuestro país, por orden de frecuencia, eran:

- 1.º *Coitus interruptus*, aún hoy es el método más utilizado en nuestro país, a pesar de su ineficacia demostrada, y de las consecuencias negativas que crea en la relación sexual de la pareja.
- 2.º *Píldora combinada*, cada día se acerca más a ser éste el método de elección, existen numerosas contraindicaciones médicas y requiere su utilización un control periódico. Es uno de los métodos más seguros (98 por 100).
- 3.º *Métodos de Barrera. Espermicida*, en general, su composición química está aún por mejorar.
Condón o Preservativo.
Diafragma.
- 4.º *Oispositivos intrauterinos. D.I.U.*, cada día más actualizados, ofrecen bastante seguridad (80 por 100), pero crea efectos indeseables (endometritis, metrorragias...).
- 5.º *Método Ogino-Knaus*, aún sigue empleándose con frecuencia, sobre todo por motivaciones religiosas, y cuando existe contraindicación absoluta de otros métodos.
- 6.º *Temperatura basal*, se emplea combinándolo con el anterior y por las mismas motivaciones. Es el método primario de elección para el estudio de la esterilidad.
- 7.º *“Píldora” inyectable* mensual o trimestral, apenas solicitada ni recomendada.
- 8.º *Esterilización femenina*. Sobre todo se emplea cuando existe contraindicación absoluta para el embarazo y para la administración de combinados hormonales.
- 9.º *La esterilización masculina*, o vasectomía. Aunque en otros países está a la cabeza de muchos otros métodos, en el nuestro, apenas se realiza, dada la psicología del varón.

8. POSTURA DE LA PACIENTE CARA A LA PLANIFICACION FAMILIAR EN ESPAÑA

La actitud general de las mujeres en los Centros de Planificación Familiar podríamos definirla como *desconcertante*, pues si bien, afortunadamente, cada vez es mayor el número de casos que acuden a los “centros de Planificación”, donde se las escucha y orienta, hemos de destacar la condición “mercantil” de la medicina que en la consulta de la Seguridad Social es vivida por muchas mujeres, que las intimida, lo cual lleva a no plantear ninguna exigencia frente al médico. Cuando la consulta es de Planificación Familiar,

esta sensación se acentúa, ya que la mujer no se encuentra ante el médico para que la cure su enfermedad, sino que va a “utilizarle” por una razón que ella misma, aún, juzga como egoísta y con frecuencia vergonzante; para que le facilite vivir una sexualidad de manera gratificadora sin temor a un embarazo no deseado, es decir, que le está integrando en su *vivencia personal* de su comunicación afectiva. Por otra parte y hasta ahora, la paciente ha dividido a los ginecólogos en dos bandos bien definidos: los que “daban la pastilla” y los que no. Esta división simplista tenía una justificación, pues existían, de un lado, los que habían asumido el tema de la planificación familiar (anticoncepción) por motivaciones ideológicas, éticas, políticas o sociales, y de otro, los que habían comprendido simplemente la rentabilidad-negocio del tema.

Tras la legalización de la anticoncepción y en vista de la proliferación de Centros y Consultas de Planificación Familiar, esta doble división tiende forzosamente a desaparecer, pero las pautas de conducta aprendidas en la etapa anterior es probable que subsistan.

Por todo ello, decíamos al principio de este apartado que la actitud general de las mujeres en los Centros hasta ahora existentes es de desconcierto.

Una de las mayores resistencias con la que nos enfrentamos en los Centros es la dificultad de las mujeres en tomar una actitud activa. Siempre aceptan bien, después del desconcierto del primer momento, que se hable abiertamente de todos los temas de su sexualidad, pero invariablemente aparece la resistencia cuando se trata de tomar una decisión, consecuencia todo ello de las pautas aprendidas en la consulta ginecológica y en la profunda inseguridad en sí mismas adquirida por un desconomiento de su propio cuerpo y de una “*malinformación*”, pues más que ignorancia sobre la ciencia médica lo que resalta es la malinformación: se mezclan en la paciente los conocimientos adquiridos por vía de la tradición oral con “rumores de sala de espera”, y toda la información que en muy poco tiempo ha acumulado procedente de revistas, medios de divulgación, etc.; todo ello tiene como consecuencia una total deformación de la realidad.

Otro problema es la actitud personal del médico ante determinados métodos anticonceptivos. El hecho es que el médico debe elegir entre varios métodos, todos ellos imperfectos y de efectos secundarios no totalmente conocidos, se trata de establecer una elección, la mayoría de las veces basada en una experiencia de tanteo. Esto sigue dando una inseguridad tanto a la paciente como al médico.

Lo que, en resumen, se deduce de la experiencia recogida en los Centros de Planificación en marcha es que son las mujeres las que padecen las caren-

cias de comunicación de información y de solidaridad a los efectos científicos, sanitarios o éticos. Son las mujeres las que sufren los embarazos no deseados, las que se arriesgan al aborto, las que padecen las consecuencias de un método anticonceptivo inadecuado o soportan sus efectos secundarios. Esto es inevitable, pero lo que sí debiera intentarse es basar los futuros centros de Planificación Familiar en nuestro país sobre los planteamientos nuevos de comunicación con la mujer, que no es ahora "la enferma", sino un individuo responsable de una decisión libre de enorme importancia individual y social; y que el médico en este caso es, por un lado, un técnico a su servicio que debe respetar primariamente la decisión de la mujer, y por otra, su profesor en materia de educación sexual.

BIBLIOGRAFIA

- VARIOS ANTORES (1972): *Medicina y Sociedad*.
- LUIS RIESGO MÉNGUEZ (1980): *La Familia ahora*.
- EUGENIO CASTELLÓ: *El derecho a la contracepción*, Ediciones Rol, Barcelona.
- SANTIAGO DESENS y MARGARITA RIVIERE: *Anticonceptivos y control de la natalidad*, La Gaya Ciencia, Barcelona.
- ANGEL SOPEÑA: *Elementos de sexología*, Edic. Ayuso, Madrid.
- MASTERS y JONHSONS: *Respuesta sexual humana*, Intermédica, Buenos Aires.
- Informes sobre Población, Planificación familiar* (publicación periódica, Population Council, Nueva York).
- Manual de Planificación Familiar para Médicos* I. P. P. F., Londres, 1970.
- Paternidad responsable y Educación sexual*, I. P. P. F., Londres, 1970.
- Análisis de un conjunto de datos descriptivos de la conducta sexual y su aplicación al estudio de la Planificación Familiar*, Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Residencia Sanitaria "José Antonio", de Zaragoza.
- Diagnóstico y tratamiento Gineco-Obstétricos*, Ralph. C. Benson, México, 1982.
- Dr. SOPEÑA IBÁÑEZ: *Descenso de la Natalidad en España*, Revista de la Universidad Española, 1960-1970).
- La mujer, la pareja y la sexualidad en su entorno médicosocial*, Instituto de Medicina Social, Madrid, Sopeña.