

## Planificación familiar en áreas rurales

DR. HÉCTOR MENA SOLERA\*

A partir del descubrimiento de las sulfonamidas y antibióticos en 1940 las curvas de expansión demográfica han tomado un carácter ascendente casi vertical que ha incidido en el desarrollo socio-económico de muchos países; produciendo simultáneamente una micro-explosión familiar al disminuir la mortalidad, al crecer las poblaciones urbanas en espacios más reducidos, al aumentar los costos de vida y al exigir y ofrecer las comunidades mayor nivel educacional (7). Como una de las soluciones a este desequilibrio del núcleo familiar se ha presentado la alternativa de intensificar los programas de planificación familiar.

La planificación familiar ha sido uno de los temas más discutidos en todos los niveles intelectuales a través de los últimos 25 años. En 1958-1960 ocurrieron en los Estados Unidos fuertes debates en relación a las constituciones de Connecticut y Massachusetts que prohibían específicamente la información y venta libre de anticonceptivos (3); es muy conocida la controversia ocurrida en New York en 1958 sobre los anticonceptivos. Todo esto era originado por una posición intransigente de las jerarquías católicas en un país multirreligioso. Por otro lado en los países nórdicos de Europa la planificación familiar ha llegado a un estado de madurez debido a la falta de factores inhibitorios para su libre utilización.

### SITUACION EN COSTA RICA

A pesar de tener un índice de crecimiento demográfico de 4.3%, uno de los más altos del mundo, no fue sino hasta hace dos años que se iniciaron los primeros intentos de promover la planificación familiar a nivel nacional y la verdadera campaña a nivel popular no tiene sino un año de haberse iniciado.

Sabemos bien que desde que aparecieron las pastillas anovulatorias en 1956 (Enavid) fueron utilizadas por nuestros grupos sociales de mejores recursos económicos, basándose principalmente en su capacidad adquisitiva, en su educación para aceptar una nueva droga y su posición independiente de pensamiento. Poco a poco fueron introduciéndose en las áreas rurales, pero siempre fueron del resorte de las clases más acomodadas.

Así, cuando hace un año iniciamos un programa local de planificación familiar a nivel rural y sobre todo con la población jornalera, pobre e inculata,

---

\* Centro Rural de Asistencia: Palmares. Servicio de Medicina, Hospital San Juan de Dios.

nos enfrentamos ante dos incógnitas: una fuerte reacción adversa de parte de las clases conservadoras (6) y eclesiásticas, más intensa que en otros países por nuestra monorreligión y la capacidad de aceptar nuevas drogas y sistemas de parte de un estrato social de bajo nivel receptivo.

## MÉTODOS Y DESARROLLO DEL PROGRAMA

El programa se desarrolló en los cantones de Palmares, Naranjo y Valverde Vega de la provincia de Alajuela, rica zona cafetalera y cañera con una población aproximada de 40.000 habitantes de raza blanca íntegramente y altamente católica y conservadora.

El trabajo se llevó a cabo con la ayuda económica y técnica de la Asociación Demográfica Costarricense, quienes suplieron los anticonceptivos orales al precio de ₡ 4.00 y los dispositivos intrauterinos, así como los medios audiovisuales de información.

Los métodos empleados fueron anovulatorios orales de la marca Anovlar 21 de 1 mg. (Schering) vendido a través de la farmacia local y Asas de Lipes C y D, sin embargo se proporcionó información e instrucción simultánea en todos los métodos anticonceptivos existentes, inclusive el ritmo. La labor se inició en el Centro de Asistencia de Palmares que fue la base de todo el programa. Parte fundamental de este tipo de trabajo es la instrucción y motivación del personal paramédico del propio centro de servicios. Así pues, las primeras conferencias fueron dadas a las enfermeras y auxiliares del Centro, quienes desde un inicio cooperaron con el programa conscientes de su importancia para el mejoramiento de la salud familiar. Posteriormente nos acercamos a las autoridades eclesiásticas cuya variable posición en general no fue prohibitiva, ni desencadenó la temida reacción negativa que hubiera podido dar al traste desde su inicio con todo el programa. Luego nos acercamos a las clases dirigentes, constituidas en estas regiones por las asociaciones de organismos locales y los clubes de Leones y Rotarios. En estas organizaciones obtuvimos el apoyo de sus elementos más preparados, lo que hizo que los sectores conservadores variaran sus puntos de vista o no levantaran ninguna protesta. Así vencimos el primer escollo. El Magisterio local fue otro sector al que sensibilizamos a través de varias conferencias; siendo en su mayoría elementos jóvenes su apoyo no se hizo esperar. Algunos directores organizaron a su vez nuevas reuniones en sus distritos y su posición fue determinante para acercarnos nuevas pacientes al programa.

Debíamos ahora penetrar en la clase jornalera que era a quien queríamos realmente ayudar, lo cual se hizo por medio de charlas no oficiales en las consultas prenatales, conversaciones directas del personal médico y paramédico con las usuarias frecuentes del Centro de Asistencia, charlas en las escuelas de distritos alejados o en los locales de los comités de desarrollo comunal, o reuniendo pequeños grupos de señoras en alguna casa de las barriadas más pobres.

De esta manera pudimos notar el interés de nuestras campesinas por los nuevos métodos y en general sólo frases de agradecimiento recibíamos al terminar nuestras explicaciones.

## RESULTADOS

Analizamos a continuación desde un punto de vista estadístico una muestra de 165 casos de los que se guardan los expedientes más completos; todos ellos fueron atendidos en el Centro de Asistencia de Palmares y controlados por el mismo personal desde diciembre 1966 a noviembre 1967. Corresponden 102 casos a diu y 63 a tabletas anovulatorias.

Creemos que la aceptabilidad del método anticonceptivo de parte de las usuarias depende parcialmente de la intensidad de la información que se les proporcione y las facilidades con que se ofrezca un método (1), como lo demuestran las curvas de aceptabilidad de la figura N° 1, en ellas se observa que al ofrecerse sólo el diu éste tuvo una buena aceptabilidad, pero después de 8 meses al ofrecerse ambos métodos simultáneamente con iguales facilidades la curva de los anovulatorios asciende en forma vertical sobre la del diu. La preferencia de los géstagenos orales en nuestro medio rural se debe a que estos son más conocidos y además por su beneficiosa acción sobre el ciclo menstrual que no ofrece el diu (5).

También observamos que el índice educacional de las pacientes que usan los géstagenos orales es mayor que las que solicitan el diu: 70% de las primeras habían estudiado más de 3er. grado de primaria contra el 47% de las pacientes con dispositivo (chi cuadrada 8.427 de donde P: 0.03).

Cuadro N° 1

### NIVEL EDUCACIONAL DE 165 CASOS BAJO TRATAMIENTO ANTICONCEPTIVO

	Diu	Anovulatorios	Total
Analfabeta	6	1	7
1 a 3 primaria	48	18	66
4 a 6 primaria	43	41	84
Más de 1 secundaria	5	3	8

El ingreso mensual y el uso previo de anticonceptivos también varía para ambos métodos, lo cual viene ligado el nivel educacional. Con diu sólo el 26% de las familias tienen ingresos mayores de ₡ 300.00 (el ingreso medio oscila entre ₡ 200.00 y ₡ 300.00 mensuales en el área estudiada) contra 46% de las que usan géstagenos. Sin embargo las diferencias son estadísticamente menos significativas (chi cuadrada 7.533 de donde P: 0.06). El grupo estudiado por Miller en Turrialba presenta un índice cultural y económico más bajo en relación a nuestros pacientes con géstagenos, pero ahí sólo se ofreció este método.

Cuadro N° 2

INGRESOS MENSUALES EN 165 FAMILIAS BAJO  
TRATAMIENTO ANTICONCEPTIVO

	Diu	Anovulatorios	Total
Menos de ₡ 300.00	75	34	109
₡ 300.00 a ₡ 700.00	20	19	39
Más de ₡ 700.00	7	10	17

El 20% de las pacientes comprendidas en el programa habían usado gestágenos orales antes de ingresar al servicio, siendo éste el método más usado. El diafragma, los espermicidas y duchas son prácticamente desconocidos en nuestro medio rural. De las pacientes que utilizaron el diu sólo el 30% habían utilizado un método anticonceptivo previamente, pero el 63% de las que solicitaron los anovulatorios ya practicaban un método anticonceptivo, principalmente los mismos anovulatorios. Sin embargo no todas lo utilizaban en forma regular, lo cual también ocurrió con otros métodos.

Cuadro N° 3

USO PREVIO DE ANTICONCEPTIVOS EN 165 CASOS  
EN TRATAMIENTO

	Diu	Anovulatorios	Total
Ninguno	72	28	100
Gestágenos orales	12	23	35
Diu	0	2	2
Preservativo	9	8	17
Coitus interruptus	9	7	16
Diafragmas y espermicidas	0	0	0

Un dato que demuestra la falta de educación en estos aspectos es que el 60% de nuestras pacientes no conocían ningún anticonceptivo o al menos no lo practicaban en forma adecuada, esto último lo manifestamos pues hemos notado que gran número de matrimonios realizan el coitus interruptus como una medida instintiva de "protección a la esposa" de los embarazos, sin embargo se realiza en forma ocasional sin conocer a fondo sus indicaciones y contraindicaciones y generalmente negaban su utilización en el interrogatorio médico inicial.

No se observa ninguna diferencia significativa en la edad, años de matrimonio o número de embarazos previos para escoger uno u otro método. La edad de las mujeres que usan los métodos anticonceptivos en un 75% oscilaba entre los 20 y 35 años tal como ha sido reportado en otras zonas del país (1). El 76% ya tenían 4 ó más hijos e ingresaban al programa para no tener más.

Cuadro Nº 4

AÑOS DE MATRIMONIO DE 165 CASOS BAJO  
TRATAMIENTO ANTICONCEPTIVO

	Diu	Anovulatorios	Total
0 - 2 años	3	6	9
3 - 6 años	28	15	43
7 - 10 años	20	18	38
11 - 14 años	35	10	45
15 - 18 años	9	10	19
Más de 19 años	7	4	11

Cuadro Nº 5

EDAD DE 165 CASOS BAJO TRATAMIENTO  
ANTICONCEPTIVO

	Diu	Anovulatorios	Total
15 - 19 años	1	5	6
20 - 24 años	19	6	25
25 - 29 años	36	25	61
30 - 34 años	24	13	37
35 - 39 años	19	8	27
40 - 44 años	3	6	9

Cuadro Nº 6

NUMERO DE EMBARAZOS PREVIOS DE 165 CASOS BAJO  
TRATAMIENTO ANTICONCEPTIVO

	Diu	Anovulatorios	Total
1 embarazo	3	5	8
2 - 3 embarazos	19	12	31
4 - 5 embarazos	28	21	49
6 - 7 embarazos	12	10	22
8 - 9 embarazos	16	3	19
10 - 11 embarazos	7	3	10
Más de 12 embarazos	17	9	26

La mayoría de las pacientes que conocían previamente todos los métodos llegaron solicitando en forma clara un método definido. Asimismo la mayoría se colocaron el diu o empezaron a tomar anovulatorios en el post parto. Pocas pacientes interrumpieron voluntariamente su uso si el método anticonceptivo fue de su agrado.

La actitud del marido requiere especial atención. En la mayoría de los casos la decisión del uso de los anticonceptivos fue decisión conjunta y más

de un esposo fue quien tomó la iniciativa para informarse. No se ve en nuestra población el machismo mexicano o la dominancia familiar del puertorriqueño, lo que se ha reportado en esos países (2) como uno de los factores negativos para la decisión de planear la familia, en nuestro ambiente predomina el temor religioso a un grave castigo y en algunos casos a la posibilidad de infidelidad conyugal. Observando los reportes de otros países (2,4) sobre la actitud del marido creemos que nuestro campesino es más flexible a planificar su familia, más si la idea viene reforzada por el respeto que le infunde el médico del pueblo o alguna antigua enfermera.

### RESUMEN Y CONCLUSIONES

Los servicios de planificación familiar para tener éxito deben llevarse a cabo con un programa educativo y motivación que incluya a todos los estratos de la población en forma descendente, sin olvidar a la jerarquía eclesiástica, donde algunas veces hemos encontrado franco apoyo.

La falta de educación médica en planificación familiar es la causa principal de la aparente actitud indiferente de nuestra población campesina ante estos problemas. Pero la población rural de Costa Rica (70% del total de la población) está ansiosa de conocer y tener los medios que la ayuden a espaciar su prole. No hay límites de educación para el uso adecuado de los diu o anovularios orales, cuyo uso a pesar de lo nuevo y trascendental encuentra buena aceptación de parte de las masas jornaleras.

### SUMMARY AND CONCLUSIONS

A study is presented about the family planning methods in rural areas in Costa Rica, and the comparative acceptability of anovulatory drugs and the I.U.D.

Of the greatest importance are considered those educational programs that include all socio economical levels, including church dignataries.

It is concluded that in Costa Rica is need for more educational programs about family planning. In spite of this scarcity of information about the subject in the rural areas, anovulatory drugs and the I.U.D. are well accepted among their inhabitants.

### BIBLIOGRAFIA

1.—MILLER, S.

Evaluación del patrón de uso de pastillas anticonceptivas en Turrialba, Jornada Evaluadora de Labores ADC, Universidad de Costa Rica, noviembre 1967.

2.—CARRASCO NARRO, C.

El Control de la Natalidad en México, 2ª Ed., Impresora Galve, México, 1966, 222 páginas.

- 3.—ROCK, J., ALFRED A.  
The Time has Come, Knopf Inc. New York, 1963, 195 páginas.
- 4.—CALDERONE, M. S. WILLIAMS AND WILKINS.  
Manual of Contraceptive Practice, 1963, 304 pages.
- 5.—GOLDZIEHER, J. W.; RICE-WRAY, E. AND CHARLES E. THOMAS.  
Oral Contraception, Illinois, 1966, 145 pages.
- 6.—BÜLOW, T. VON.  
Fracasos y peligros del anticoncepcionismo, Rev. Médica de C. R., 6(56):284-390, 1938.
- 7.—BREALEY, E.  
Labor del Médico frente al crecimiento de la población, Colegio de Médicos y Curujanos, noviembre 1966.

Fig. N° 1.- ACEPTABILIDAD DE DIU Y ANOVULATORIOS EN 165 CASOS EN TRATAMIENTO ANTICONCEPTIVO.- CASOS NUEVOS

