

# Planificación familiar: Un estudio en los jóvenes sevillanos<sup>(\*)</sup>

Lourdes PUERTO PINTADO  
Psicóloga del programa P.I.R. Huelva

**El objetivo del presente trabajo fue conocer, aproximadamente, el perfil social de los jóvenes sevillanos que acuden a los centros de planificación familiar y más específicamente, a aquellos que dependen de la seguridad social. Esta investigación surge de la necesidad de evidenciar uno de los grandes problemas de los jóvenes -los embarazos no deseados y matrimonios no previstos- y de modificar el mero carácter asistencial que la planificación familiar tiene actualmente.**

La planificación familiar (en adelante, PF) apareció en España en un contexto social y político reciente, que permitió su surgimiento como un servicio público de mejora de la salud. En 1978 se despenalizaron los anticonceptivos y la información y difusión sobre su uso. En 1985 se despenalizó el bloqueo tubárico y la vasectomía (esterilización). En el mismo año se despenalizó el aborto en tres circunstancias, en síntesis: grave peligro para la salud física y psíquica de la embarazada, violación y, por último, presunción de que el feto nacerá con graves taras físicas o psíquicas.

Anteriormente la OMS, en 1970, ya había establecido las fundamentaciones de la PF en cuanto a regular el número de hijos, los intervalos y cronología de los embarazos y nacimientos, incluyendo la regulación del aborto.

Desde el punto de vista psicológico, aunque no se ha profundizado en el estudio de variables que inciden a la hora de tomar la decisión para ir a un centro de PF, sí se han propuesto modelos teóricos sobre factores psicológicos que determinan o no la conducta anticonceptiva: Modelo Intrapersonal o Interactivo de la Conducta Anticonceptiva, Modelo de Secuencia de Conducta Sexual y Teoría de la Acción Razonada (Becerra, 1985). Por lo demás, en el I Congreso Nacional de Planificación Familiar (1982) se trataron los aspectos sociales de la misma; se han publicado sobre todo artículos relativos a cuestiones parciales como, por ejemplo, la intervención psicológica ante la demanda del aborto, los contenidos de los programas de educación sexual, etc y, por último, existen multitud de trabajos de aplicación que se refieren a experiencias concretas en los centros municipales de PF.

Este trabajo sugiere plantear una visión de la PF más allá de los enfoques médico-ginecológicos de la anticoncepción, centrándose en los aspectos sociales y más concretamente en los jóvenes. El estudio se realizó en Sevilla capital en los centros de PF de la seguridad social pertenecientes al primer nivel. Este nivel es el receptor de

toda la demanda que llega sobre planificación familiar, derivándose, si es el caso, al segundo o tercer nivel o bien a otros servicios. A grandes rasgos, el segundo nivel lleva la colocación del DIU (dispositivo intrauterino) y la indicación del tamaño del diafragma. El tercero lleva los estudios de esterilidad y las propuestas de esterilización quirúrgica (vasectomía y bloqueo tubárico).

## Metodología

La muestra estudiada fueron los jóvenes menores de 25 años que en el año 1987 acudieron por primera vez a los centros del primer nivel. Estos centros están en los siguientes ambulatorios: El Greco, Virgen del Rocío, Dr. Fleming, Puerta de Córdoba, Amate, Amante Laffont, Marqués de Paradas, «Planificación Juvenil» (en Puerta de Córdoba) y el Centro de Salud de Torreblanca. Los centros de salud de Bellavista y Pino Montano no se pudieron incluir en el estudio por la dificultad de extraer las historias clínicas del año 1987, al no estar éstas archivadas por orden cronológico. El tamaño de la muestra fue de 599 sujetos.

Los datos se obtuvieron a partir de las historias clínicas, cuyo protocolo está estandarizado por la Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Andalucía, dentro del programa de Salud Materno-Infantil.

De las historias clínicas no se tomó toda la información recogida en ellas, sino que se seleccionaron aquellos datos que respondían más a criterios sociológicos y no meramente médicos. En un principio los datos que se seleccionaron como variables de estudio fueron las siguientes: edad, sexo, procedencia, profesión, sistema laboral, nivel de instrucción, motivo de consulta, número de hijos, edad de la primera gestación, método anticonceptivo utilizado, edad de comienzo de relaciones sexuales y frecuencia de relaciones sexuales. Posteriormente se eliminó la variable sexo al ser todos los sujetos muje-

(\*) El presente trabajo es un extracto de los resultados del proyecto de investigación *Planificación familiar en la juventud sevillana: un estudio comparativo*, becado por el Instituto Municipal de Juventud y Deportes del Ayuntamiento de Sevilla, en el *II Concurso de Investigación Juvenil* y dirigido por el profesor J. Pérez Santamaría de la Universidad de Sevilla.

Dirección de la autora: Unidad de Salud Mental. Andévalo Central. Riotinto (Huelva).

res, sin desconsiderar este hecho que ya es bastante significativo; lo mismo ocurrió con la variable *motivo de consulta* que, por no estar recogida de forma categorizada, unas veces reflejaba un motivo general (anticoncepción) y otras un motivo concreto, poniendo en este caso el método anticonceptivo o servicio que se solicitaba; la variable *procedencia* tampoco se recogió por ocurrir lo mismo que con la anterior.

Se extrajo una muestra representativa de cada centro de PF con un muestreo aleatorio simple. Mediante ordenador se hizo un análisis descriptivo y otro comparativo. En el comparativo las pruebas estadísticas aplicadas fueron el Coeficiente de Contingencia Y Ji Cuadrado.

## Resultados

Del análisis descriptivo, los datos más relevantes obtenidos fueron que un 50% de las jóvenes estudiadas tenía al menos un hijo. El nivel de instrucción era bastante bajo si tenemos en cuenta que un 65% del total tenía tan sólo estudios primarios. Esta baja formación también se refleja en los valores tomados por la variable *profesión* (ver tabla I). En casi un 50% de los casos aparece en la historia clínica como profesión *sus labores*, no sabiendo si las jóvenes se reconocían en esta condición o si se trata de un mero formulismo del médico o ATS que hacía la historia. De todas formas llama la atención que a estas edades –recordemos que son menores de 25 años– se asuma el rol de ama de casa, indicando la fatal de expectativas que tienen sobre su futuro laboral o de formación.

Tabla I. Profesión.

PROFESION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sus labores	284	48.63
Estudiante	138	23.63
Empl. Hogar	59	10.10
S. Servicios <sup>1</sup>	33	5.65
Administrativas	28	4.79
Otros	25	4.28
Titul. Superior	17	2.91

<sup>1</sup> Dependientas, cajeras, camareras ...

Respecto al método anticonceptivo más utilizado fue el preservativo (30%), seguido de la «píldora» (29%) y del coito interrumpido (23%). La edad más frecuente de inicio de las relaciones sexuales se situaba entre los 16-17 años (36%) seguido de los 18-19 años (30%), siendo precisamente en estas edades en las que menos se iba a PF, al menos en este estudio. Sobre la edad de la primera gestación vemos en la tabla que se da entre los 16-21 años, aunque estos datos consideramos que no son del todo exactos al desconocer si alguna vez abortaron.

En cuanto a la frecuencia de relaciones sexuales, aproximadamente un 50% tenía tres o más relaciones por semana. Esta relativa alta frecuencia está condicionada por otras variables como es la posibilidad de dispo-

Tabla II. Edad de la primera gestación.

EDAD PRIMERA GESTACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
25 - 24	15	2.52
23 - 22	51	8.56
21 - 20	72	12.08
19 - 18	85	14.26
17 - 16	63	10.57
15 ó menos	12	2.01
No gestación	298	50.00

ner de un sitio donde tenerlas, siendo algo difícil a estas edades. Esto no es ningún problema si se vive con la pareja o, como sospechamos en este caso, se está casado (el estado civil no aparece como dato a recoger en la historia clínica).

Del análisis comparativo se obtuvieron, entre otros, los siguientes datos: aquellas jóvenes que *tenían* como profesión *sus labores* tuvieron más hijos que las que trabajaban o estudiaban. Sólo un 21% de las primeras no tuvo hijos, mientras que esto ocurría en un 97% entre las jóvenes que estudiaban. Los porcentajes más altos de la variable *número de hijos* se dieron en los niveles de instrucción más bajos (ver tabla III), y, siguiendo con el nivel de instrucción, la edad de la primera gestación tendía a retardarse en la medida que aumentaba la formación de la joven (ver tabla IV).

Tabla III. Nivel de instrucción (%) y número de hijos.

NIVEL INSTRUCCION	Nº HIJOS				
	0	1	2	3	4
Analfabeta	11.11	44.44	22.22	11.11	11.11
Estudios primarios	33.45	43.17	16.55	5.76	1.08
Estudios medios	89.13	7.61	3.26	0.00	0.00
Estudios superiores	91.67	8.33	0.00	0.00	0.00
	51.52	31.62	11.94	3.98	0.94

Como era de suponer, las jóvenes que trabajaban tenían menos hijos que las paradas, y éstas menos que a las que se les ponía como profesión *sus labores*. Todo esto nos pone de manifiesto que las procreaciones tempranas interrumpen y hasta terminan con la formación de la joven (que ya se vio de alguna manera en el 65% que sólo tenían estudios primarios), añadiéndose que cuanto más temprano es el primer parto, más años de vida re-

**Tabla IV.** Nivel de instrucción (%) y edad de la primera gestación.

NIVEL INSTRUCCION	EDAD PRIMERA GESTACION						
	25-24	23-22	21-20	19-18	17- 16	15	NO GESTACION
Analfabeta	0.00	0.00	0.00	44.44	33.33	11.11	11.11
E. Primarios	2.90	13.77	16.30	15.94	15.50	2.90	32.61
E. Medios	1.09	3.26	2.17	3.26	2.17	0.00	88.04
E. Superiores	2.13	2.13	2.13	0.00	0.00	0.00	93.62
	2.36	9.91	11.32	12.03	11.32	2.12	50.94

productiva quedan (Nagui y Saldaña, 1984). Sobre lo anterior, cabe decir que las jóvenes que quedaron embarazadas entre los 16 y 19 años tuvieron más hijos que aquellas que retardaron más su primera gestación.

Por último, otra relación significativa importante es la coincidencia en el tiempo de la edad de inicio de las relaciones sexuales con la edad de la primera gestación, reflejando la cantidad de embarazos no deseados o no previstos: un 45% de las que comenzaron sus relaciones a los 16-17 años quedaron embarazadas a esa misma edad, siendo las de esta misma generación las que en un 53% quedó embarazada más tarde, a los 18-19 años.

### Discusión

Los datos obtenidos nos dan una idea genérica de los jóvenes que acudieron a estos centros de PF para obtener una serie de conclusiones y, a la vez, hacer unas matizaciones.

- En primer lugar, recordar de nuevo que los resultados de este estudio se ciñen exclusivamente a los centros que pertenecen a la seguridad social. Indudablemente habrían sido diferentes si se hubieran contrastado con los centros privados, pues ya de por sí variaban de un ambulatorio a otro en aspectos como, por ejemplo, el nivel de instrucción. Aunque no vamos a entrar en ello, la variable *nombre del ambulatorio* fue una variable importante que se consideró en cuanto a los datos sociales que proporcionó sobre su ubicación territorial.

- Otro aspecto es: ¿qué ocurre con los jóvenes en este estudio? ¿Dónde están ellos? A primera vista parece que este estudio se realiza sobre ellas porque la muestra estaba formada solamente por mujeres, en ningún caso apareció en el muestreo un joven-chico. Nos surge la duda de si ellos van o no a estos centros; por los datos que se recogen en la historia clínica no se sabe si la joven va o no acompañada de su pareja. Como en la gran mayoría de los casos el motivo de consulta (que no se estudió por las razones ya señaladas) se resumía en definitiva en la demanda de «pastillas», es lógico pensar que la historia clínica se le hiciese a ella y los datos de él quedasen recogidos en el breve apartado de *datos de la pareja*. De todas formas, la intrascendencia de es-

tos datos permitía que se recogiesen tanto si iban los dos como si sólo acudía ella. Entonces nos preguntamos qué decir sobre los jóvenes, si es que resulta que ellos no van a PF. Pues bien, esta carencia de datos sobre ellos ya nos revela algo: por un lado el desconocimiento y la falta de responsabilidad masculina hacia la autoconcepción. Si los avances en las técnicas anticonceptivas y su difusión han posibilitado que el hecho anticonceptivo sea más natural, sigue siendo una «carga» casi exclusivamente de la mujer, sobre todo en las que tienen relaciones regulares con su pareja —ella es la que se pone el DIU, toma pastillas, se hace el bloqueo tubárico, etc—. Por otro lado, parece clara la necesidad de cambiar el enfoque que desde los programas de salud materno-infantil se da a la estructuración y funcionamiento de los centros de PF.

En este sentido la PF necesita de unos planteamientos que exijan mayor complicidad y compromiso del joven, y, además, que la PF no se reduzca a la elección de un método anticonceptivo. De por sí la elección de una técnica contraceptiva es reveladora de un número de datos sobre la pareja o, en este caso, de la joven (percepción de la sexualidad, del cuerpo, de la frecuencia de relaciones que prevea tener, etc.). Lógicamente, una joven que no se ha masturbado nunca rechaza, más fácilmente, como método anticonceptivo el diafragma que otra que ha tenido una sexualidad compensada (Dexeus y cols., 1984); por tanto, es necesario considerar la sexualidad dentro de la PF. Hasta ahora, los datos referentes a la sexualidad que se tomaban en estas historias clínicas eran la edad de inicio de las relaciones sexuales y su frecuencia, considerándose el coito como «relación sexual» y, en consecuencia, entendiendo una parte de la sexualidad por el todo.

- Volviendo a los resultados obtenidos surge otra interrogación: ¿es joven una mujer de 23 años que ha tenido 4 hijos? Aunque esto es un caso particular que se encontró, resulta inexacto y cuesta trabajo emplear el término joven o juventud, con las connotaciones clásicas de vida por hacer y definir (o mejor dicho, en cuanto que constituye la generación renovadora de la sociedad) cuando de ese 50% que tuvo ya un primer embarazo, un elevado porcentaje tuvo un hijo no deseado o, al menos,

no previsto. Esto lo suponemos así por la coincidencia en el tiempo entre la edad de inicio de las relaciones sexuales y la edad de la primera gestación. Hechos así comportan, en muchos casos, la formación prematura de una familia en momentos en los que aún no se había completado la formación de la/el joven, o no se había llegado a una independencia económica de los padres. En algunos casos suponemos que estos embarazos no previstos y llevados a término eran una alternativa a la situación presente de la joven pareja: podían no estar contentos en el colegio o instituto y/o tener conflictos con la familia, por lo que tener un hijo los llevaba a casarse y «cambiar» de vida.

En definitiva, estos datos no nos revelan nada nuevo, nos constatan una realidad si no conocida ya intuida: el desconocimiento y desconcierto de muchos jóvenes sobre su sexualidad y sobre la anticoncepción; la ausencia del joven (él) no ya ante el hecho anticonceptivo, sino ante la PF y, por último, la necesidad de reorientar la PF

con programas más globales que capten no sólo a los jóvenes –ellos y ellas– como beneficiarios directos, sino que se instrumenten y transmitan ya sea a través de escuelas, institutos, farmacias, vídeos comunitarios, etc... De lo que se trata es que la PF no quede ubicada en el centro porque se hace bien poco: aún se siguen viendo algunas jóvenes en la sala de espera temerosas de encontrarse a un familiar o conocido.

## Referencias

- BECERRA, A. Psicología social y conducta sexual humana. En J.F. Morales, A. Blanco, C. Huici y J.M. Fernández. *Psicología social aplicada*. Bilbao: Desclee de Brower, 1985.
- DEXEUS, S. y COLS. *Anticoncepción*. Barcelona: Salvat, 1984.
- NAGHI, M. y SALDAÑA, J. *Administración de programas de planificación familiar*. México: Limusa, 1984.