

Actitudes de la mujer española hacia los métodos de planificación familiar (*)

Juan Díez Nicolás

La disminución de la natalidad y sus condicionantes

Hace ya varias décadas que, especialmente en el mundo occidental, se está prestando una atención cada vez mayor a los problemas de la natalidad, y más específicamente, a las cuestiones planteadas por el control de la natalidad, y más amplia y genéricamente, a la planificación de la familia. Creo necesario hacer la distinción entre control de la natalidad y planificación familiar porque, en mi opinión y en la de muchos especialistas que se ocupan de estos temas, la planificación de la familia es un concepto amplio que incluye tanto los comportamientos encaminados a no tener hijos como a tenerlos, y sobre todo, incluye los comportamientos relativos a cuando tener los hijos, es decir, a su espaciamiento (sin que ello signifique necesariamente reducción de su número). Por el contrario, el concepto de control de la natalidad suele ser más restringido, aplicándose generalmente a los aspectos negativos de la planificación, es decir, a cómo evitar tener hijos.

No es ahora cuestión de referirse al fenómeno que se ha venido en denominar "la explosión —o revolución— demográfica mundial" (1), pero es preciso recalcar que, independientemente de lo que cada uno piense sobre ese fenómeno, es un hecho indiscutible que el crecimiento de la población del mundo es, desde 1950 aproximadamente, de una rapidez hasta entonces desconocida (con una tasa de crecimiento que puede duplicar la población del mundo cada 35 años) (2).

(*) El presente trabajo forma parte de la investigación que, bajo el título *Natalidad y planificación familiar en España*, ha realizado el autor con una ayuda de investigación de la Fundación Ford dentro del programa *Population Research and Legal Policy* de las Fundaciones Rockefeller y Ford, y concedida para un periodo de dos años desde julio de 1971. Una versión resumida de este artículo se ha publicado en la revista médica TAUTA, en su número de abril de 1973.

(1) RONALD FREEDMAN (ed.): *La revolución demográfica mundial*, UTEHA. México, 1966.

(2) Se ha repetido en múltiples ocasiones, pero puede ser útil recordarlo, que la población del mundo tardó 1.650 años en duplicarse desde comienzos de la era cristiana, volvió a duplicarse en sólo 200 años, luego en 100 años, y desde 1950 la tasa de crecimiento medio anual del 2 por 100 permitirá una duplicación cada 35 años. Según los últimos datos disponibles para 1 de julio de 1972, la población del mundo, de 3.782 millones de habitantes, si sigue creciendo a la actual tasa del

También es un hecho indiscutible que los países desarrollados han experimentado una disminución extraordinaria de su mortalidad y de su natalidad, logrando así tasas de crecimiento de su población más lentas. Pero, y esto es lo que muchas veces se pasa por alto, el hombre consiguió "controlar" su mortalidad (en España, por ejemplo, se ha pasado de una esperanza de vida media al nacer de 35 años en 1900 a más de 70 años en la actualidad), sin que ninguna voz se alzara en contra, como es lógico. Pero cuando el hombre ha pretendido "controlar" su natalidad, muchos han sido y son quienes se oponen a ello. Sin embargo, y como he señalado, los países desarrollados han reducido todos su mortalidad y su natalidad, siguiendo un proceso que se ha denominado "transición demográfica". Incluso nuestro país ha experimentado tal proceso, como he podido describir en otro lugar (3). ¿Y los países en vías de desarrollo o los no desarrollados? Es también algo indiscutible que todo país que se desarrolla desde perspectivas económicas y sociales cambia también desde el punto de vista demográfico, en el sentido de reducir su mortalidad y su natalidad, aunque el ritmo y la intensidad del cambio pueda variar algo de unos países a otros.

El profesor Ronald Freedman, una de las máximas autoridades mundiales en el campo de la sociología de la natalidad, ha señalado que las razones por las que se ha producido este interés antes señalado por la fecundidad humana durante las últimas décadas son las siguientes: 1) Existe una creciente toma de conciencia de que el factor problemático en el crecimiento de la población en la actualidad es la tasa de natalidad; 2) se ha descubierto recientemente que la estructura por edades de una población depende mucho más de las tendencias de la natalidad que de las de mortalidad; 3) los sociólogos han recalcado una vez más las funciones esenciales de la familia incluso en una sociedad urbana e industrial, y 4) el desarrollo de la metodología desde la Segunda Guerra Mundial ha aumentado la posibilidad de muchos tipos de estudio sobre la natalidad (4).

Concretamente, y por lo que respecta a este último punto, se ha reconocido que, siendo la reducción de la natalidad, principalmente, algo atribuible al deseo de los seres humanos por hacerlo así, se hacía preciso estudiar y conocer las actitudes y opiniones de éstos que han dado lugar a tales comportamientos, ya que, si bien en unas circunstancias históricas concretas

2 por 100 anual, proporcionaría una población de 7.564 millones de habitantes en 2007, es decir, en sólo 35 años. Véase "Cifras de población mundial: 1972". Population Reference Bureau, Inc., Oficina Regional para América Latina, Bogotá, 1972.

(3) Véase J. Díez NICOLÁS: "La transición demográfica en España", *Revista de Estudios Sociales*, núm. 1, Madrid, 1971.

(4) RONALD FREEDMAN: "The Sociology of Human Fertility: A Trend Report and Bibliography", *Current Sociology*, vol. X-XI, núm. 2, 1961-62.

el hombre ha decidido reducir voluntariamente su natalidad, no hay ninguna razón para eliminar la posibilidad de que en otras circunstancias decida hacer lo contrario. Esta es la razón que ha llevado a interesarse por conocer las actitudes y opiniones de los seres humanos respecto a la familia, la natalidad, la planificación familiar, etc. Pero además, reconociendo el especial protagonismo de la mujer en este hecho social, la mayoría de los investigadores se han ocupado de las actitudes, expectativas y deseos de éstas, y no de los varones. En definitiva, es la mujer quien, en última instancia, suele decidir sobre si tiene o no tiene hijos, aunque en esa decisión pueda influir con mayor o menor intensidad la opinión o el deseo de un varón.

Freedman, en la publicación antes citada, ha resumido las principales variables que, desde un punto de vista sociológico, influyen sobre la natalidad, es decir, sobre el comportamiento humano que resulta en un determinado nivel de la natalidad. Dichas variables son: 1) Los medios de control de la natalidad existentes, que se sitúan entre la organización social y las normas sociales, por una parte, y la natalidad por otra; 2) las normas sociales sobre cuál debería ser el tamaño de la familia; 3) las normas sociales sobre cada una de las "variables intermedias"; 4) todos aquellos aspectos importantes de la organización social que funcionen explícita o implícitamente para respaldar las normas sobre tamaño de la familia proporcionando recompensas y penalizaciones sociales importantes que dependan del número de hijos en la unidad familiar; 5) otros aspectos de la organización social que influyan sobre la natalidad por su influencia sobre las normas o valores reales respecto a las variables intermedias, bien de manera independiente o a través de su efecto sobre las normas relativas a la natalidad; 6) el nivel de mortalidad, que determina lo grande que debe ser el excedente de nacimientos para producir el número normativo de hijos; 7) el nivel del saldo migratorio, que determina el número y edades de las personas disponibles para las familias y para la sociedad en su conjunto, y que influye así sobre la natalidad; 8) otros factores en el medio ambiente que influyan sobre las variables intermedias de manera inconsistente con las normas de natalidad (5).

Por supuesto que en España se han realizado estudios sobre muchas de estas variables, y de manera muy especial, en estos últimos años, sobre las normas sociales relativas al tamaño ideal de la familia. Toda una tradición de estudios demográficos y sociológicos, desde Severino Aznar y Ros Gimeno, hasta los más recientes de Del Campo, De Miguel y los míos

(5) *Op. cit*

propios, están intentando desvelar la importancia de las diferentes variables que influyen sobre la natalidad y como influyen sobre ella (6).

Pero un hecho sobresale al ocuparse de estos temas, y me ha llevado a ocuparme de él con mayor detalle en la actualidad. Me refiero a la rápida y fuerte reducción de la natalidad en España durante la década de los años treinta, su posterior mantenimiento a un nivel bajo (aunque superior al de otros países desarrollados), y su previsible nueva reducción en esta década de los setenta. Es evidente que estas reducciones se han llevado a cabo mediante la utilización de medios de control de natalidad, que a su vez han respondido a ciertas actitudes y valores que han determinado la reducción de la natalidad. Pero, ¿qué métodos se utilizan?, ¿quiénes los utilizan?, ¿por qué se utilizan? En este breve trabajo intento explicar cómo he procurado dar respuesta a algunas de estas preguntas.

Las diferentes formas de control de la natalidad

En primer lugar quiero señalar que en todas las sociedades humanas, y no sólo en las sociedades occidentales contemporáneas, se han utilizado y se utilizan medios para controlar la natalidad. Ello no significa, necesariamente, que el propio individuo sea consciente de las implicaciones que determinadas instituciones, normas o pautas de comportamiento puedan de hecho tener sobre la natalidad. Pero sigue siendo cierta la afirmación de que ninguna sociedad humana ha estado ni está libre de alguna forma de control de la natalidad, o lo que es igual, ninguna sociedad ha alcanzado nunca el nivel potencial de reproducción implicado en su población.

Kingsley Davis y Judith Blake, en un artículo repetidamente citado por los sociólogos, se han referido a las relaciones que existen entre estructura social y natalidad, destacando la importancia que diversas formas de intervenir en la natalidad tienen en diferentes tipos de sociedad. Los autores

(6) Véase, a título de ejemplo, S. AZNAR: "El problema de la natalidad en las clases sociales de Madrid y Barcelona", *Revista Internacional de Sociología*, 20, Madrid, 1947; J. ROS GIMENO: "El decrecimiento de la natalidad y sus causas", *Revista Internacional de Sociología*, 7, Madrid, 1944; J. DIEZ NICOLÁS: "Status socioeconómico, religión y tamaño ideal de la familia urbana", *Revista Española de la Opinión Pública*, 2, Madrid, 1965; J. DIEZ NICOLÁS: "Evolución y previsiones de la natalidad en España", en Centro de Estudios Sociales, *La Familia Española*, Anales de Moral Social y Económica, Madrid, 1967; A. DE MIGUEL, en Fundación FOESSA, *Informe Sociológico sobre la situación social de España, 1970*, Euramérica, Madrid, 1970, pág. 78 y ss.; J. DE MIGUEL: *El ritmo de la vida*, tesis doctoral no publicada, Madrid, 1971; S. DEL CAMPO: "Composición, dinámica y distribución de la población española", en M. FRAGA, J. VELARDE y S. DEL CAMPO: *La España de los años '70*, Editorial Moneda y Crédito, Madrid, 1972. Para más bibliografía sobre este tema en relación con España puede verse J. DIEZ NICOLÁS: "La transición demográfica en España", *op. cit.*

citados, examinando el proceso reproductivo entre los seres humanos, señalan que se pueden diferenciar tres etapas: 1) las relaciones sexuales; 2) la concepción, y 3) la gestación y parto, y que, por consiguiente, se pueden descubrir los factores que influyen sobre cada una de esas tres etapas (7).

Los autores citados se refieren, por tanto, a los factores que influyen sobre la exposición a las relaciones sexuales, sobre la exposición a la concepción, y sobre la gestación y el parto con éxito. Así, entre los primeros, enumeran aquellos que regulan la formación y disolución de uniones en el período reproductivo (edad en que comienzan las relaciones sexuales, amplitud del celibato permanente, y parte del período reproductivo transcurrida después de las uniones o entre ellas, por interrupción a causa de divorcio, separación o abandono, o por disolución a causa de la muerte de uno de los cónyuges), y los que regulan la exposición a las relaciones sexuales dentro de las uniones (continencia voluntaria, continencia involuntaria y frecuencia de la relación sexual). Sin entrar ahora en detalles respecto a cada una de estas variables intermedias, la evidencia disponible para las sociedades desarrolladas (incluido nuestro país), parecería demostrar que todas ellas son ahora relativamente favorables a una mayor natalidad (reducción de la edad al casarse, reducción de la proporción de célibes, menor número de uniones disueltas por muerte del cónyuge, menor continencia voluntaria o involuntaria, y mayor frecuencia de relación sexual); la única excepción sería, probablemente, la interrupción de uniones por divorcio, separación o abandono (aunque habría que discutir este tema separadamente).

Respecto a los factores que influyen sobre la exposición a la concepción, Davis y Blake mencionan: la fertilidad o esterilidad involuntaria, la utilización de anticonceptivos, y la fertilidad o esterilidad voluntaria. De estos factores, que son los que más preocupan a los sociólogos en la actualidad, parece que, salvo el primero, suelen tener una influencia negativa sobre la natalidad. En efecto, la esterilidad involuntaria ha disminuido, como consecuencia de la mejor asistencia sanitaria y de las innovaciones en productos farmacéuticos. Pero, qué duda cabe que la población conoce y utiliza, cada vez con mayor frecuencia, diferentes métodos anticonceptivos. En cuanto a la esterilidad voluntaria, aunque no es un rasgo exclusivo de nuestras sociedades

(7) K. DAVIS y J. BLAKE: "Social Structure and Fertility: An Analytic Framework", *Economic Development and Cultural Change*, 4, abril 1956. Existe traducción castellana con el título "Estructura Social y Fertilidad: Un marco de referencia analítico", en K. DAVIS: *La sociedad humana*, tomo II, apéndice II, Eudeba, Buenos Aires, 1965. Debo señalar que no comparto la traducción del término "fertility" por "fertilidad", ya que el sentido de ambos términos es totalmente diferente. Es ya tópico precisar que el término "fertility" debe traducirse por "fecundidad" o incluso por "natalidad", mientras que "fecundity" debe traducirse por "fertilidad", como opuesto a "esterilidad".

urbano-industriales contemporáneas (recordemos, a título de ejemplo, el caso de los eunucos y sus equivalentes femeninos en otras sociedades), es también preciso reconocer que se está difundiendo su utilización como medio de limitar la natalidad.

En cuanto al grupo de factores que inciden sobre la gestación y el parto, los autores citados señalan la mortalidad fetal por causas voluntarias o involuntarias. Nuevamente, la mortalidad fetal involuntaria está siendo reducida, como consecuencia de la mejor asistencia sanitaria, mientras que la voluntaria (diversas formas de aborto provocado) está tomando creciente importancia en algunas sociedades desarrolladas, aunque no en nuestro país, donde es totalmente ilegal.

Son pues los anticonceptivos, mecánicos o no, los que parecen hoy en día contribuir en mayor medida a la disminución de la natalidad en las sociedades desarrolladas y, por el breve comentario precedente, los que también se deben tomar en cuenta a la hora de explicar la reducción de la natalidad en nuestro país, pasada y futura (8).

Los métodos anticonceptivos

La tecnología de los anticonceptivos es ya bastante antigua, aunque algunos métodos concretos sean relativamente recientes. En un informe reciente del Population Council se discuten los métodos anticonceptivos disponibles hoy en la mayoría de las sociedades desarrolladas, dando cuenta, para cada uno de ellos, de su historia, de su modo de actuación, de sus ventajas, sus inconvenientes, su eficacia, las razones de sus fallos y sus efectos secundarios y amplitud de utilización. Los métodos discutidos son diez: *coitus interruptus*, lavado vaginal, lactación prolongada, preservativo, diafragma vaginal, espermicidas, ritmo (Ogino-Knaus), anticonceptivos orales, dispositivos intrauterinos, y esterilización quirúrgica. Según los realizadores del informe, los tres primeros métodos pueden ser considerados como primitivos, los cuatro siguientes como tradicionales, los dos siguientes como modernos, y el último como método permanente (9).

Se podrían resumir simplíficadamente en el siguiente cuadro las principales características de estos métodos:

(8) Véase, sobre la historia de los anticonceptivos y su utilización en diferentes sociedades, N. E. HIMES: *Medical History of Contraception*, The Williams and Wilking Co., Baltimore, 1936; A. SAUVY y otros: *Historia del control de nacimientos*, Ediciones Península, Barcelona, 1972.

(9) SHELDON J. SEGAL y CHRISTOPHER TIETZE: "Contraceptive Technology: Current and Prospective Methods", *Reports on Population and Family Planning*, The Population Council, 1971 edition, New York, 1971.

CUADRO 1

Principales características de diez métodos corrientes de control y planificación de la familia en el mundo

<i>Métodos de control y planificación de la familia</i>	<i>Antigüedad</i>	<i>Facilidad de utilización</i>	<i>Eficacia</i>	<i>Efectos físicos secundarios</i>	<i>Amplitud de utilización</i>
<i>Coitus interruptus</i>	Muy antiguo	Muy fácil	Baja	Ninguno	Muy grande
<i>Lavado vaginal</i>	Antiguo	Fácil	Muy baja	Algunos	Pequeña y decreciente
<i>Lactación prolongada</i>	Muy antiguo	Muy fácil	Muy baja	Algunos	Muy pequeña
<i>Preservativo</i>	Antiguo	Difícil	Alta	Muy raros	Muy grande
<i>Diafragma</i>	Moderno	Difícil	Alta	Muy raros	Grande y creciente
<i>Espermicidas</i>	Moderno	Difícil	Muy baja	Muy raros	Pequeña
<i>Ritmo (Ogino-Knaus)</i>	Moderno	Fácil	Baja	Ninguno	Grande y decreciente
<i>Anticonceptivos orales</i>	Muy moderno	Difícil	Muy alta	Bastantes	Grande y creciente
<i>Anticonceptivos intrauterinos</i>	Muy moderno	Muy difícil	Muy alta	Bastantes	Pequeña y creciente
<i>Esterilización quirúrgica</i>	Moderno	Muy difícil	Muy alta	Algunos	Pequeña y creciente

En otras palabras, e independientemente de peculiaridades nacionales o de *status*, se puede afirmar que los métodos más corrientemente utilizados en el mundo, y también en el occidental son el *coitus interruptus* y el preservativo, ambos de gran eficacia (si se utilizan bien, aunque el *coitus interruptus* tiene grandes posibilidades de error), y con muy raros efectos físicos secundarios. Les siguen el ritmo, los anticonceptivos orales y el diafragma; ahora bien, mientras que los dos últimos tienen un alto grado de eficacia, el ritmo sólo la tiene si se comprende y utiliza como es debido, lo cual requiere bastantes conocimientos por parte de la pareja; por otra parte, mientras que el diafragma y el ritmo no tienen efectos físicos secundarios apreciables (aunque habría que decir mucho sobre los efectos secundarios de índole psicológica del ritmo), los anticonceptivos orales, en su forma más usual, la píldora, parece que todavía requerirán más experimentación, pues en determinadas mujeres parecen producir ciertos efectos no deseados; finalmente, mientras que el diafragma y los anticonceptivos orales se están utilizando cada vez más, el ritmo está disminuyendo en amplios grupos sociales.

De los demás métodos, cuya utilización parece ser muy poco amplia, los dispositivos intrauterinos están difundándose de forma creciente, al igual que la esterilización quirúrgica, aunque su uso es mayor en los países menos desarrollados y con programas oficiales de planificación familiar. La eficacia de ambos métodos es grande, pero parece que por el momento tienen efectos físicos secundarios que habrá que corregir mediante sucesivas experimentaciones.

Los otros tres métodos, lavado vaginal, lactancia prolongada y espermicidas, son de escasa utilización, de muy baja eficacia y de escasos o nulos efectos físicos secundarios.

Existen muchos otros métodos, algunos nuevos y otros que constituyen modificaciones de los existentes, en diferentes etapas de evaluación clínica o incluso de investigación.

Así, entre los métodos que están ahora en etapa de evaluación clínica, habría que mencionar las nuevas formas de esterilización quirúrgica de varones o mujeres, las nuevas formas de anticoncepción vaginal o intrauterina, la supresión hormonal de la ovulación, la anticoncepción hormonal sin supresión de la ovulación, las prostaglandinas, y algunos otros métodos de utilización masculina.

A nivel de investigación en laboratorio podrían mencionarse diversos métodos basados en la supresión de la ovulación, en el transporte de los óvulos a través de las trompas, en la biología del óvulo, en la función del *corpus luteum*, en la simulación miometrial, en la supresión de producción de es-

perma, en la capacidad fecundadora de los espermatozoos, en el fluido seminal humano, y en las feromonas.

Finalmente, entre los métodos posibles de control que se podrán utilizar en un futuro más o menos próximo, la citada publicación del Population Council se refiere a los siguientes:

A) *De utilización femenina*: 1) Píldora antiovulante mensual; 2) Inyección antiovulante mensual (9 bis); 3) Anillo vaginal mensual; 4) Inyección antiovulante de largo plazo (tres o seis meses); 5) Implantación (intrauterina) antiovulante de largo plazo; 6) Progestina en dosis pequeñas pero continuas, 7) Inyección luteotrofina de largo plazo; 8) Mantenimiento del *corpus luteum* por inyección de relajante LTH; 9) Preparación oral mensual que cause luteolisis; 10) Inyección mensual que cause luteolisis; 11) Compresa vaginal que cause luteolisis o contracción uterina; 12) Utilización no regular de los métodos 9 ó 10; 13) Píldora antiprogestacional mensual; 14) Píldora antiprogestacional suave mensual; 15) Progestinas previas al coito; 16) Estrógeno o antiestrógeno oral posterior al coito; 17) Agente antizigótico oral posterior al coito; 18) Inmunización mediante antígenos del esperma; 19) Inyección de anticuerpos transferidos pasivamente a HCG; 20) Inmunización mediante proteínas que ligan los esteroides; 21) Métodos mejorados para detectar la ovulación; 22) Relajación de óvulos prematuros; 23) Regularización de la ovulación mediante la utilización de sustancias inductoras de la ovulación natural; 24) Cierre de las trompas reversible; 25) Simplificación de la operación de ligazón de las trompas; 26) Infusión intrauterina de citotoxinas; 27) preparación oral o parenteral que asegure partos múltiples a voluntad; 28) Determinación del sexo a voluntad por inmunización con antígeno de esperma Y, y 29) Determinación del sexo a voluntad por inseminación a voluntad.

B) *De utilización masculina*: 1) Implantación subdérmica para suprimir la espermatogénesis; 2) Inyección periódica de andrógeno de larga duración; 3) Implantación subdérmica de progestina; 4) Implantación subdérmica de antiandrógeno para prevenir la maduración epididimal del esperma; 5) Tableta oral de inhibidor sintético de la espermatogénesis; 6) Tableta oral que altere la constitución bioquímica del fluido seminal; 7) Inmunización mediante antígenos del esperma o testis; 8) Cierre reversible de los vasos dilatadores, y 9) Ligazón reversible de los vasos dilatadores.

(9 bis) Existe ya en el mercado, incluso en el español, una inyección antiovulante mensual, aunque, sin embargo, sigue en proceso de experimentación.

C) *De utilización masculina o femenina*: 1) Utilización de antagonistas contra los factores relajadores de gonadotropina; 2) Inmunización con enzimas específicos para la función reproductora normal; 3) Administración oral de inhibidores químicos de la producción de factores relajantes; 4) Inmunización mediante gonodotropinas purificadas; 5) Administración oral de drogas antigonodotrópicas, y 6) Aplicación tópica de feromonas.

De todos ellos se da cumplida cuenta en la publicación anteriormente citada. Por otra parte, es mi deseo evitar aquí una discusión sobre ventajas, inconvenientes o efectos secundarios y consecuencias de cada uno de ellos, ya que ese es un tema más propio de otros especialistas.

En cualquier caso parece que la investigación en este campo es enormemente importante, lo que demuestra hasta qué punto la natalidad será, en el futuro, una cuestión planificada por la voluntad del hombre, ejerciendo su libertad y siendo responsable de ella.

Mi interés en este tema es estrictamente sociológico, es decir, me interesa conocer cuáles son los métodos más conocidos y utilizados por los diferentes grupos de la población, y algunas otras cuestiones relativas a su utilización. En definitiva, me interesan como elementos culturales, tecnológicos, cuya utilización o no utilización viene condicionada por toda una serie de valores, actitudes y opiniones sociales, que a su vez se reflejan en normas sociales —jurídicas o no— que la propia sociedad, o los grupos que en ella tienen la capacidad de imponerse a los demás, se encargan de hacer cumplir mediante las recompensas o sanciones sociales —que a veces son también jurídicas— correspondientes.

La investigación sobre control de la natalidad en España

Pocos son los estudios que sobre estos temas se han llevado a cabo en España. Directamente parece que ha resultado difícil a aquellos que se lo han propuesto, por lo que se ha recurrido muchas veces a técnicas indirectas o aproximativas. Así, por ejemplo, Del Campo preguntó en una encuesta a médicos por sus propias opiniones sobre el control de la natalidad, pero también respecto a los métodos que, según ellos, utilizaban más sus clientes.

Así, un 76,1 por 100 de los médicos consultados admitirían el control de la natalidad en ciertos casos: por enfermedades que pongan en peligro la vida de la madre (31,0 por 100), por enfermedades hereditarias de los padres, incompatibilidad sanguínea por factor RH, o hemofilia (26,5 por 100), por dificultades económicas (15,3 por 100), por no disminuir el nivel de vida

familiar (2,6 por 100), y por razones estéticas de la mujer (0,7 por 100), mientras que el 23,9 por 100 no admitiría el control en ningún caso (10).

Otros resultados interesantes, y en cierto modo sorprendentes, son los de que casi el 50 por 100 de los médicos consultados afirmaron que nadie les consulta sobre el control de la natalidad, y que más del 60 por 100 es de la opinión de que no sería conveniente que existiese mayor información sobre métodos de control de la natalidad (11).

Respecto a los métodos más usados, aparte del Ogino, los médicos opinan que son el *coitus interruptus* (34 por 100), las gomas o preservativos (25 por 100), y los medios químicos (píldora) (14 por 100); el resto se repartían, según el autor, entre los lavados, la temperatura basal, la continencia y el aborto (12).

Casi la mitad de los médicos opinaban que todas las clases sociales utilizan métodos de control de la natalidad, pero un tercio afirma que su utilización se da principalmente en la clase alta. En cuanto a las causas principales que llevan a la utilización de los métodos, siempre en opinión de los médicos, serían: el egoísmo (48 por 100), las dificultades económicas (25 por 100), la falta de formación (19 por 100), y la mayor información sobre estos métodos (8 por 100) (13).

Estas preguntas indirectas, sin embargo, no permiten demasiados análisis, ya que no se sabe con precisión a quiénes se refieren los médicos al dar sus opiniones, si a mujeres jóvenes o mayores, si a mujeres de estratos sociales altos o bajos, etc. Sin embargo, los anteriores datos fueron valiosos por lo que tuvieron de indicativos.

Algunos otros estudios se han referido al control de la natalidad de una manera más directa, pero al mismo tiempo más genérica. Me refiero a estudios en los que se han preguntado las opiniones de los individuos, generalmente mujeres, respecto al control de la natalidad en general, pero sin entrar en detalles respecto a métodos concretos. Yo mismo pregunté sobre las opiniones respecto a la libertad absoluta en el control de nacimientos en una encuesta en Madrid (14).

Así, por ejemplo, en una encuesta representativa realizada en Madrid, un 15 por 100 de los varones y de las mujeres afirmaban que no se debía

(10) S. DEL CAMPO: "Los médicos ante el problema de la limitación de la natalidad", *Revista Española de la Opinión Pública*, 1, 1965, pág. 28.

(11) *Ibid.*, pág. 29.

(12) *Ibid.*, pág. 30.

(13) *Ibid.*, pág. 31.

(14) J. Díez NICOLÁS: "Status socioeconómico, religión y tamaño ideal de la familia urbana", *Revista Española de la Opinión Pública*, 2, Madrid, 1965. Véase también L. GONZÁLEZ SEARA y J. Díez NICOLÁS: "Progresismo y conservadurismo en el catolicismo español", *Anales de Sociología*, 1, Barcelona, 1966.

permitir el control de la natalidad en ningún caso, alrededor de un 30 por 100 afirmaba que se debía permitir en la forma autorizada por la Iglesia, un 26 por 100 decía que se debe permitir por cualquier medio sólo cuando existan razones graves, y, finalmente, un 20 por 100 de los varones y un 11 por 100 de las mujeres creían que debe haber libertad para tener o no hijos (15). Como se ve, la opinión de los médicos, antes señalada, es más negativa que la del público, en general, respecto a permitir las prácticas de control de la natalidad.

Amando de Miguel, realizador del *II Informe Sociológico sobre la situación social de España* (16), se ocupó igualmente del tema de forma general, sin abordar la cuestión de los variados métodos concretos de planificación o control.

Así, las amas de casa estudiadas, procedentes de una muestra nacional (excluyente de Canarias), afirmaban mayoritariamente que se deben tener los hijos que vengan (63 por 100). Un 39 por 100 de las mujeres no eran partidarias del empleo de métodos anticonceptivos en ningún caso, un 37 por 100 lo serían en el caso de existir peligro para la madre, un 11 por 100 si existen dificultades económicas y un 13 por 100 si existe acuerdo entre los esposos. En cuanto a la opinión sobre los médicos que indican métodos para controlar la natalidad, las amas de casa opinaban así: una pequeña minoría (7 por 100) creen que eso es lo que deben hacer, una mayoría (49 por 100) opinan que depende de los casos, otra minoría (9 por 100) que se salen de su obligación y una proporción muy significativa (36 por 100) afirma que no deben hacerlo.

Esta investigación de FOESSA se atreve a plantear ya, de alguna forma, el tema de la píldora. En efecto, a la pregunta de si se puede hablar del tema de la píldora, un 24 por 100 afirma que es un tema como otro cualquiera; un 27 por 100 dice que se puede hablar, dentro de ciertos límites; un 41 por 100 opina que no se puede hablar, y un 8 por 100 no conoce la píldora. Pero, además, se preguntó incluso la opinión sobre la utilización de la píldora por un matrimonio no católico (aunque sólo a las mujeres casadas que dijeron que se podía hablar del tema, es decir, a la mitad de la muestra, aproximadamente). Pues bien, sólo un 8 por 100 contestó que era el mejor sistema, un 19 por 100 afirmó que era un método igual a otro cualquiera, un 25 por 100 opinaba que era muy perjudicial y un 46 por 100 que no se debe controlar el número de hijos. Finalmente, y a este mismo grupo reducido de mujeres, se le preguntó si tomarían la píldora en el caso de que la Iglesia

(15) L. GONZÁLEZ SEARA y J. DÍEZ NICOLÁS, *op. cit.*, pág. 58.

(16) Fundación FOESSA, *II Informe...*, Euramérica, Madrid, 1970.

lo permitiera; sólo un 16 por 100 contestaron afirmativamente (17). Las respuestas a todas estas preguntas, que en el Informe citado son analizadas e interpretadas según diferentes variables socioeconómicas, han constituido, sin lugar a dudas, un primer paso importante sobre el tema; entre otras cosas puso de manifiesto que, al menos en algunos sectores, se podía hablar sobre control de la natalidad y más concretamente sobre la píldora. Puedo decir que ello me animó a plantearme la posibilidad de llevar a cabo en España, al fin, una investigación por encuesta cuyo único y exclusivo tema fuese el de la natalidad y la planificación familiar, en toda su profundidad.

Existen asimismo algunos intentos por conocer, y también de manera indirecta, la utilización de ciertos métodos, y más concretamente aquellos que requieren ser vendidos en farmacias. Ejemplo de este tipo de estudios es la estimación sobre utilización de anticonceptivos orales realizada por el Population Council hace ya algunos años. Según esta estimación, basada en datos de producción y distribución de dichos anticonceptivos, para 1967, el número de ciclos anticonceptivos orales distribuidos en España por cada 100 mujeres de 15 a 44 años era de 2,1, frente a 25,7 en Oceanía, 24,5 en América del Norte, 15,0 en los Países Bajos, 8,2 en Argentina, etc. (18).

Parecía entonces necesario abordar este tema de una forma científica y más directa, o al menos lo directa que los propios sujetos de observación permitiesen. Es así como, en 1971, y mediante una ayuda de investigación concedida por la Fundación Ford, pude acometer un estudio sociológico sobre "Natalidad y planificación familiar en España".

Las españolas y el conocimiento de los métodos de control de natalidad

La investigación se basa en una muestra nacional representativa de mujeres casadas de 15 a 44 años, y el número total de entrevistas utilizadas para el análisis fue de 1.902. El riguroso procedimiento muestral garantiza, por supuesto, la representatividad nacional, y permite precisar los resultados para un conjunto de variables importantes a las que luego me referiré. Los cuestionarios fueron aplicados por entrevistadoras individualmente, y la duración media de cada entrevista fue de casi hora y media. Con el fin de dar una idea de la riqueza de la información obtenida, baste con señalar que se han utilizado seis fichas IBM por cuestionario.

(17) *Ibid.*, págs. 481-487 y 505-514.

(18) "Commercial Production and Distribution of Contraceptives", *Reports on Population and Family Planning*, The Population Council, 4, 1970.

Quiero destacar, por otra parte, ahora que tanto proliferan estudios "sociológicos" que parecen limitarse a calcular unos porcentajes, que los datos que a continuación se comentarán forman parte de un elaborado proyecto en el que se ha partido de un modelo teórico que especifica unos objetivos, unas variables independientes, otras intervinientes o intermedias, y otras dependientes, que formula unas hipótesis, que operativiza unos conceptos, y que, en definitiva, ha utilizado el cuestionario como un instrumento para la recogida de los datos, y no como fin en sí mismo (19). El proyecto, que comenzó en julio de 1971, ha exigido tres meses de formulación teórica, tres meses de construcción de cuestionario, tres meses de recogida de datos, y tres meses de tabulación de los mismos. A partir de julio de 1972 se ha comenzado la construcción de índices y la interpretación y análisis de algunos de sus resultados, tarea que llevará todo un año, y probablemente más tiempo (20).

Aunque en otros trabajos se irán examinando detalladamente los diferentes temas investigados, como marco de referencia al problema que aquí me ocupa puede bastar con los siguientes resultados, que sólo voy a esbozar *grosso modo* sin entrar en su análisis detallado. Así, una gran mayoría de las mujeres entrevistadas (82 por 100) afirman que todas las parejas que puedan tener hijos deberían tenerlos. Casi la mitad de las entrevistadas (42 por 100) están a favor de planificar el número o el espaciamiento de los hijos que tenga, pero casi un tercio (30 por 100) se oponen a la planificación; en general, las opiniones favorables a la planificación son más frecuentes, proporcionalmente, entre las mujeres más jóvenes y las de mayor *status* socioeconómico. Por otra parte, el 24 por 100 de la muestra cree que la mayoría de la gente con que se relaciona utilizan algún método para planificar el número de hijos que tienen, el 36 por 100 opina lo mismo de la mayoría de la gente en general, y el 59 por 100 opina así respecto a las personas importantes y famosas.

Además, más de la mitad de las mujeres entrevistadas cree que los matrimonios deberían decidir el número de hijos que tienen y cuándo tenerlos, e incluso el 61 por 100 ha hablado con su marido sobre planificación familiar, aunque un 42 por 100 nunca ha leído, visto u oído nada sobre planificación de la familia en la prensa, la radio, la televisión o en cualquier otro lugar.

Finalmente, y creo que ello es importante, sólo una pequeña minoría (15 por 100) cree que no debería existir ningún tipo de información sobre

(19) J. Díez Nicolás: "Natalidad y planificación familiar en España", Informe núm. 1, mimeografiado, noviembre 1971.

(20) J. Díez Nicolás: "Natalidad y planificación familiar en España", Informe núm. 2, mimeografiado, diciembre 1972.

planificación familiar, y una proporción similar (12 por 100) opina que el control de la natalidad debería ser obligatorio después de un cierto número de hijos; pero la gran mayoría, un 68 por 100, afirma que debería haber suficiente información y que la gente debería ser libre para decidir si tiene o no tiene hijos.

Una de las variables cruciales del estudio era el grado de conocimiento y las opiniones que las entrevistadas tuvieran sobre los diferentes métodos de control de la natalidad. A este respecto debo señalar que en el pretest se comprobó que no resultaba aconsejable formular ninguna pregunta directa sobre utilización de algún método concreto, pues el recelo que tal pregunta despertaba podía invalidar el resto de las respuestas al cuestionario. Creo, sin embargo, que la información obtenida es suficientemente valiosa, y que en algún estudio posterior pueda acometer nuevamente esa tarea.

El procedimiento seguido consistió en entregar a cada entrevistada una tarjeta donde se señalaban diversos métodos de control de la natalidad, numerados de la siguiente forma: 1) interrupción, *coitus interruptus*; 2) preservativo; 3) lavado vaginal; 4) continencia periódica, Ogino; 5) productos farmacéuticos: píldora, inyecciones; 6) ciertos instrumentos: pesario, diafragma, etc; 7) otros: ¿cuál? (21). A continuación se le preguntaba literalmente: "Como Vd. sabe, existen diversos métodos que utiliza la gente para no tener hijos por motivos de salud o económicos, o porque así lo quieren ellos. Independientemente ahora de que sean buenos o malos, ¿le importaría decirme, de esta lista, cuáles de ellos conoce Vd., aunque sólo sea de oídas y con poco detalle? Si lo desea, y para mayor rapidez, puede simplemente indicarme el número que tiene en la lista". A continuación se preguntaba "¿Cuál diría Vd que es el método más utilizado en España?" "¿Cuál de ellos cree Vd., por lo que haya oído, que es el más eficaz?" "¿Y cuál el menos eficaz?" "¿Hay alguno que Vd. crea que es peligroso para la salud?" "¿Cuáles cree Vd. que son más difíciles de adquirir en España?", y finalmente, "¿Cuáles están permitidos por la Iglesia Católica?".

Es evidente que la contestación a la primera pregunta condicionaba en cierto modo las siguientes, ya que, aquellas personas que no conocían, o de-

(21) Se excluyeron algunos métodos, como la lactancia prolongada, porque muchas mujeres no serían conscientes, probablemente, de que se utiliza o puede utilizar como tal, y los espermicidas y dispositivos intrauterinos por su escasísima difusión en nuestro país, al igual que ocurre con la esterilización quirúrgica voluntaria. Sin embargo, se incluyó el diafragma, a pesar de no estar a la venta en España, por dos razones: 1) porque, especialmente en ciertos estratos de la población, es posible que sea bastante conocido e incluso utilizado, y 2) para servir de elemento de control sobre la fiabilidad de las respuestas a los otros métodos. Estas dos suposiciones fueron muy útiles, como luego se podrá comprobar.

cían no conocer, ningún método, o que sólo conocían alguno, se encontraban imposibilitadas o limitadas para contestar al resto de las preguntas.

El siguiente cuadro recoge una panorámica general de los resultados obtenidos para el total de la muestra.

CUADRO 2

Conocimiento y opiniones sobre diferentes métodos de control de la natalidad

PORCENTAJE DE ENTREVISTADAS QUE:	Coitus interruptus	Preservativo	Ducha vaginal	Ogino	Píldora	Diafragma	Otros	No contestan
Han oído hablar	35	42	29	58	72	16	2	21
Consideran:								
Más utilizado en España.	11	11	2	23	20	0	0	40
Más eficaz	5	8	1	6	35	1	0	45
Menos eficaz	5	2	5	29	2	1	0	57
Peligroso	6	3	2	1	41	4	0	49
Más difícil de encontrar.	0	1	0	0	27	6	0	67
Permitidos por la Iglesia.	3	3	2	38	3	0	1	58

Un resultado importante me parece que es el de que, siendo así que todos los investigadores han reconocido la dificultad de preguntar sobre estos temas tan delicados en nuestro país, a la primera pregunta, sobre métodos que conocían, sólo un 21 por 100 no ha contestado en absoluto. Por supuesto que las entrevistadas que no contestaban pertenecen a ciertos grupos de la población, como luego tendré ocasión de comentar. Por supuesto, también, que siendo esa la proporción que no contestaba a la pregunta de cuáles eran los métodos que conocía, las sucesivas proporciones de sin respuesta tenían que ser, al menos, de esa magnitud; además, muchas de las entrevistadas que conocían algún método podían no conocer algunas de las cuestiones que sobre ellos se preguntaban; finalmente, no hay que descartar, en absoluto, la posibilidad de que muchas de las entrevistadas no quisieran responder a esas preguntas más concretas. Examinando los datos del cuadro anterior se puede observar, no sin cierta sorpresa, que el método más conocido es el de la píldora: tres de cada cuatro mujeres consultadas afirman haber oído hablar de ella. Es cierto que puede haber cierto sentido de pudor que impida afirmar que se conocen algunos otros métodos, pero no creo que el

ACTITUDES DE LA MUJER ESPAÑOLA HACIA LOS METODOS DE PLANIFICACION...

argumento fuese válido respecto al método del ritmo u Ogino, que en cierto modo sería el que menos valoraciones negativas podría suscitar. Por tanto, el hecho de que se afirme conocer la píldora en mayor proporción que el Ogino creo que puede interpretarse como reflejo de la realidad. Mi impresión personal es que las discusiones que en estos últimos años han tenido lugar sobre las ventajas e inconvenientes de la píldora en los medios de comunicación de masas han contribuido extraordinariamente a que el público se enterase de su existencia. El preservativo y el *coitus interruptus* presentan un nivel similar pero considerablemente más bajo de conocimiento entre las entrevistadas, lo cual puede deberse, efectivamente, a un menor grado de difusión (a nivel de conocimiento), pero también a una cierta valoración negativa de los mismos, que impediría incluso reconocer que se conoce su existencia. En cuanto a los lavados o duchas vaginales y el diafragma, parece bastante plausible que sean métodos muy poco conocidos. Los lavados y duchas vaginales han sido siempre más conocidos en una sociedad como la francesa, pero han sido tradicionalmente menos conocidos en nuestro país, salvo en estratos relativamente superiores de la población. En cuanto al diafragma, me habría sorprendido mucho encontrar una proporción alta de entrevistadas que dijieran conocerlo, teniendo en cuenta que es un producto que no se puede adquirir en España. En realidad, este último dato me ha proporcionado bastante seguridad en la validez de los resultados, pues indica que las entrevistadas no han contestado de una forma caprichosa a las preguntas (decir que se conocían o no todos los métodos, sin pensar bien en lo que se contestaba). Precisamente, a la hora de redactar el cuestionario se pensó en incluir los dispositivos intrauterinos y el diafragma, pero, siendo ambos métodos muy poco conocidos (por poco difundidos) en nuestro país, se decidió incluir sólo uno de ellos, con el fin de contrastar, en cierto modo, la fiabilidad de las respuestas.

Sin embargo, y por interesantes que pudieran parecer esos resultados, mi principal interés consistía en averiguar las diferencias que pudiesen existir entre los diferentes grupos de la población. Así, se vieron las diferencias en el conocimiento de cada uno de estos métodos en función de la edad de las entrevistadas, de su origen rural-urbano, de su actual residencia rural-urbana, de la región, del nivel de estudios alcanzado, del *status* ocupacional del marido, de la clase social subjetiva, de la experiencia laboral pasada y presente y de las expectativas de trabajo en el futuro, de los ingresos familiares, y de sus actitudes tradicionales o progresistas hacia la familia. Por supuesto se podrían haber tenido en cuenta otros factores, y de hecho se han tenido en cuenta, pero estos han parecido suficientes para los comentarios que aquí se

querían ofrecer. Por otra parte, sólo me referiré a los aspectos más sobresalientes del análisis efectuado.

CUADRO 3

Conocimiento de los diferentes métodos de control de la natalidad, por grupos de edad

METODO DE CONTROL	Edad de la entrevistada						Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-45	
<i>Coitus interruptus</i>	40	37	34	36	37	31	35
Preservativo	60	46	41	42	42	40	42
Lavado o ducha vaginal	40	36	27	33	27	27	29
Ogino	40	55	61	62	57	54	58
Píldora	80	79	73	74	70	69	72
Diafragma	40	19	16	16	16	16	16
Otros	—	1	3	2	3	2	2
No contestan	20	19	19	19	23	25	21
TOTAL	(5)	(157)	(393)	(351)	(473)	(517)	(1902)

Por lo que respecta a la edad, la proporción que dice conocer cada método sigue el mismo orden anteriormente señalado, sea cual sea el grupo de edad. Es decir, en cada uno de los grupos de edad se afirma conocer más la píldora, luego el Ogino, el preservativo, el *coitus interruptus*, el lavado y el diafragma. Por otra parte, las proporciones de mujeres que conocen cualquier método son siempre superiores entre las más jóvenes que entre las de más edad. Es decir, entre las mujeres de menos de 35 años, la proporción que conoce cualquier método es superior a la proporción correspondiente de las de más de 35 años. Las mujeres casadas jóvenes, por tanto, saben más (o dicen saber más) sobre métodos de control de la natalidad; así, entre las mujeres de 20 a 24 años, la proporción que dice conocer la píldora es de un 79 por 100, y la proporción que dice conocer el diafragma es de un 19 por 100. (La única excepción parece ser el Ogino, pues las de 30 a 34 años lo conocen en mayor proporción que las de 20 a 24 y 25 a 29 años.)

CUADRO 4

Conocimiento de los diferentes métodos de control de la natalidad, por origen rural-urbano

METODO DE CONTROL	Origen Rural-Urbano				Total
	Rural	Semi-Urbano	Urbano	Metropolitano	
<i>Coitus interruptus</i>	30	35	40	44	35
Preservativo	33	41	58	57	42
Lavado o ducha vaginal ...	23	28	38	47	29
Ogino	46	63	75	71	58
Píldora	63	75	86	79	72
Diafragma	10	19	24	23	16
Otros	1	3	4	2	2
No contestan	28	18	12	16	21
TOTAL	(816)	(622)	(242)	(198)	(1.902)

El origen rural-urbano de las entrevistadas también parece tener importancia. Considerando cuatro grandes categorías, rural, semiurbana, urbana y metropolitana, se observa que el orden en que se conoce cada método no varía del señalado anteriormente para el conjunto de la muestra. La única excepción es que, en el estrato metropolitano, la proporción de mujeres que conoce el lavado vaginal es superior a la proporción que conoce el *coitus interruptus*. Ello no es de extrañar, teniendo en cuenta que el lavado vaginal constituye un método que presupone una mayor cultura sanitaria e higiénica, mientras que el *coitus interruptus* ha sido siempre considerado como un método más rudimentario y primitivo. En general, por otra parte, la proporción de mujeres que conoce cualquier método es superior a medida que se pasa de la categoría rural a la metropolitana. Es preciso señalar que apenas si existen diferencias respecto al conocimiento que existe entre las mujeres del estrato urbano y las del estrato metropolitano de origen, siendo incluso superior entre las mujeres de origen urbano, por lo que respecta al preservativo, el Ogino, la píldora y el diafragma. Podría aventurarse la hipótesis de que muchas de las mujeres de origen metropolitano proceden de familias emigrantes, pero creo que las diferencias podrían también atribuirse a diferencias de edad o a diferencias en alguna de las otras características que luego examinaré, y que hacen que la composición de la población en ambos estratos sea algo diferente.

CUADRO 5

Conocimiento de los diferentes métodos de control de la natalidad, por tamaño del municipio de residencia

METODO DE CONTROL	Tamaño del Municipio de Residencia.						TOTAL
	Menos de 2.000 habitantes	De 2.000 a 10.000 habitantes	De 10.000 a 50.000 habitantes	De 50.000 a 250.000 habitantes	Más de 250.000 habitantes	Madrid y Barcelona	
<i>Coitus interruptus</i>	22	28	34	47	36	38	35
Preservativo	25	32	38	53	56	52	42
Lavado o ducha vaginal	19	19	24	38	36	43	29
Ogino	41	46	59	67	72	67	58
Píldora	51	62	75	82	82	78	72
Diafragma	12	10	16	19	26	22	16
Otros	2	1	4	—	5	2	2
No contestan	39	27	19	14	14	17	21
TOTAL	(203)	(469)	(395)	(367)	(165)	(271)	(1902)

Considerando seis categorías o estratos, según el tamaño del municipio en que ahora viven las entrevistadas (menos de 2.000 habitantes, de 2.000 a 10.000 habitantes, de 10.000 a 50.000 habitantes, de 50.000 a 250.000, más de 250.000 habitantes —excluidas Madrid y Barcelona—, y Madrid y Barcelona), se observa asimismo que el orden en que se conocen los métodos es igual que en la muestra en su conjunto. La única excepción es la de que, en Madrid y Barcelona, se conoce más el lavado vaginal que el *coitus interruptus*, y en los núcleos de más de 250.000 habitantes se conoce por igual ambos métodos. Por otra parte, el porcentaje que conoce cualquier método es mayor cuanto mayor es el tamaño del municipio de residencia, aunque, generalmente, el conocimiento es mayor entre las mujeres que residen en los núcleos de más de 250.000 habitantes que en Madrid y Barcelona, cosa que, nuevamente, podría explicarse por la condición de inmigrantes procedentes de un medio rural de muchas de las mujeres entrevistadas en Madrid y Barcelona, o también a la mayor juventud de la población entrevistada en estas dos ciudades.

CUADRO 6
 Conocimiento de los diferentes métodos de control de la natalidad, por región de residencia

METODO DE CONTROL	REGION DE RESIDENCIA								TOTAL	
	Galicia	Vasco-Cantábrica	Castilla la Vieja	Catalano-Aragonesa	Levante	Castilla la Nueva-Extremadura	Andalucía Oriental	Andalucía Occidental		Canarias
Cóitus interruptus	32	53	15	30	41	33	24	41	43	35
Preservativo	44	50	19	40	44	41	32	52	61	42
Lavado o ducha vaginal	30	38	17	36	29	29	18	21	41	29
Ogino	52	70	50	68	64	52	38	54	63	58
Píldora	66	84	61	75	72	67	62	78	78	72
Diaphragma	9	21	10	20	14	16	20	13	22	16
Otros	1	3	—	1	7	2	1	2	7	2
No contestan	25	15	34	17	23	26	33	10	22	21
TOTAL	(131)	(219)	(152)	(362)	(211)	(344)	(169)	(239)	(46)	(1902)

JUAN DIEZ NICOLAS

Según la región de residencia se observa también que, dentro de la línea general, sin embargo, en Vasco-Cantabria se conoce más el *coitus interruptus* que el preservativo, mientras que en Castilla la Vieja y en la región Catalano-Aragonesa se conoce más el lavado que el *coitus interruptus*, y en Andalucía Oriental se conoce más el diafragma que el lavado vaginal. (Esto último, en realidad, puede que se deba no tanto a un mayor conocimiento del diafragma como a un escaso conocimiento del lavado vaginal.) Las dos regiones en que parece haber mayor conocimiento de cualquier método son la Vasco-Cantábrica y Canarias; en la primera se dan los mayores conocimientos de *coitus interruptus*, Ogino y píldora, mientras que en la segunda se conocen más los otros tres que en cualquier otra región. Este último hallazgo sorprende bastante, especialmente cuando se sabe que las Islas Canarias son las provincias con mayor tasa de natalidad en el país; la explicación podría estar en la gran juventud de su población, que probablemente se ha visto reflejada en la composición de la muestra de la población entrevistada en aquella región. Las regiones, por otra parte, donde se encuentran las proporciones más bajas de conocimiento sobre cualquier método son Castilla la Vieja y Andalucía Oriental.

CUADRO 7
 Conocimiento de los diferentes métodos de control de la natalidad, por diferentes indicadores de "status" socioeconómico

INDICADORES DE "STATUS" SOCIOECONOMICOS	METODOS DE CONTROL								Total
	Cottus interruptus	Preservativo	Lavado o ducha vaginal	Ogno	Pildora	Diáfragma	Otros	No contestan	
TOTAL	35	42	29	58	72	16	2	21	(1.902)
<i>Nivel de estudios de la entrevistada:</i>									
Ninguno	22	29	10	31	53	8	1	36	(197)
Primarios	31	38	26	54	70	13	2	23	(1.268)
Medios y profesionales	49	59	43	86	89	30	3	9	(314)
Superiores	63	66	55	82	81	36	6	16	(95)
<i>Ocupación del marido:</i>									
"Status" ocupacional alto	56	50	52	76	74	38	6	24	(50)
"Status" ocupacional medio alto	51	61	47	84	87	26	4	10	(307)
"Status" ocupacional medio bajo	32	41	26	64	75	15	3	17	(511)
Trabajadores especializados	33	40	28	52	69	16	1	23	(670)
Trabajadores no especializados	21	24	14	31	56	8	2	37	(292)
<i>Clase social subjetiva:</i>									
Alta	55	40	35	60	65	25	—	25	(20)
Media	38	47	35	68	80	20	3	15	(1.146)
Baja	31	34	20	43	61	12	1	30	(505)
<i>Ingresos familiares mensuales:</i>									
Menos de 6.000 pesetas	22	28	14	33	50	9	1	42	(347)
De 6.000 a 12.000 pesetas	35	41	27	56	72	16	2	19	(758)
De 12.000 a 20.000 pesetas	39	45	36	70	81	17	2	14	(410)
De 20.000 a 30.000 pesetas	49	61	47	85	89	29	4	9	(188)
Más de 30.000 pesetas	57	64	51	80	85	36	8	15	(74)
Sin respuesta	18	28	17	46	69	9	2	27	(125)

Los diferentes indicadores de *status* socioeconómico (nivel de estudios de la entrevistada, *status* ocupacional del marido, clase social subjetiva e ingresos familiares mensuales) parece relacionarse de manera similar con el grado de conocimientos sobre métodos de control de la natalidad. El orden suele ser invariable, es decir, el ya señalado, aunque el Ogino se conoce más que la píldora entre las mujeres de estudios superiores, y entre las mujeres cuyos maridos ocupan *status* ocupacionales altos. De igual forma, el *coitus interruptus* parece ser más conocido que el preservativo entre aquellas mujeres cuyos maridos tienen un *status* ocupacional alto y entre aquellas mujeres que se identifican con una clase social alta. En general, la proporción de mujeres que conoce cualquier método es superior cuanto mayor es su nivel de estudios, el *status* ocupacional de su marido, la clase social con que se identifica y los ingresos familiares mensuales. Sin embargo, existen algunas diferencias interesantes. Así, por ejemplo, las mujeres con estudios medios o profesionales conocen más el Ogino y la píldora que las mujeres con estudios superiores (lo cual puede ser simplemente debido al escaso número de mujeres con estudios superiores en la muestra). Las mujeres cuyos maridos tienen un *status* ocupacional medio alto parecen conocer en mayor proporción el preservativo, el Ogino y la píldora que las mujeres cuyos maridos tienen un *status* ocupacional alto. De manera similar, las mujeres que se identifican con la clase media parecen conocer el preservativo, el Ogino y la píldora en mayor proporción que las mujeres de clase alta. Y, finalmente, las mujeres con ingresos familiares mensuales entre 20.000 y 30.000 pesetas parecen conocer más el Ogino y la píldora que las que tienen ingresos superiores a las 30.000 pesetas mensuales. Todas las excepciones citadas, como puede comprobarse, apuntan en la misma dirección, lo cual parece que no debe atribuirse a la casualidad; en efecto, parece como si las mujeres de clase media o media alta tuviesen un mayor conocimiento de los métodos de control de natalidad que las de clase alta, y especialmente respecto a los tres métodos más conocidos: píldora, Ogino y preservativo. Pues bien, si es que se puede inferir que un mayor conocimiento de ciertos métodos puede también significar una mayor utilización, creo que el hallazgo sería congruente con lo que se sabe de otros estudios; en efecto, por lo que respecta a España, desde los estudios de Severino Aznar hasta ahora se ha venido comprobando que es la clase media (bien porque intenta defender un *status* adquirido recientemente, bien porque aspira a elevarse aún más en la escala social, es decir, porque aspira a la adquisición de un *status* más alto) es la que tiene una natalidad más baja, unos ideales de tamaño de familia más bajos, unas expectativas más bajas de hijos, unos deseos también más bajos, etc. En

resumen, que la relación entre *status* socioeconómico y natalidad sería curvilínea, con mínimos precisamente en la clase media, y no tanto por la relación misma entre *status* y natalidad, como porque son los de la clase o estratos medios los que tienen las mayores aspiraciones y expectativas de movilidad social. Bajo esta perspectiva, entonces, parece que tiene sentido que sean las mujeres que pertenecen a esos estratos medios o medio-altos las que tienen mayores conocimientos sobre los métodos de control de natalidad (y posiblemente sean ellas también las que más los utilicen, aunque esto sea ya una inferencia no respaldada por los datos aquí disponibles).

CUADRO 8

Conocimiento de los diferentes métodos de control de la natalidad, por experiencia laboral de la entrevistada

METODO DE CONTROL	Experiencia laboral de la entrevistada			TOTAL
	Han trabajado	Están trabajando	Esperan trabajar en el futuro	
<i>Coitus interruptus</i>	36	44	36	35
Preservativo	44	48	44	42
Lavado o ducha vaginal ...	32	35	32	29
Ogino	58	63	55	58
Píldora	73	75	71	72
Diafragma	16	20	18	16
Otros	2	3	3	2
No contestan	21	20	23	21
TOTAL	(1.098)	(301)	(548)	(1.902)

La experiencia laboral de la mujer también se ha comprobado en otros estudios que está bastante relacionada con la natalidad, y era, pues, previsible que lo estuviese con el grado de conocimientos sobre métodos de control. En efecto, aparte de que el orden en que pueden clasificarse los métodos, según su grado de conocimiento, no varía si las mujeres han trabajado o no, si trabajan en la actualidad o no, y si piensan o no trabajar en el futuro, se observa también que, para cada método, la proporción que lo conoce es superior entre las mujeres que han trabajado, están trabajando o piensan trabajar, que entre las que nunca han trabajado, no están ahora trabajando o no piensan trabajar en el futuro. La única excepción se refiere a que las mujeres que no piensan trabajar en el futuro conocen el Ogino y la píldora.

JUAN DIEZ NICOLAS

en mayor proporción que las que sí piensan trabajar. Por otra parte, puede también destacarse que el conocimiento es superior entre las que ahora trabajan que entre las que han trabajado o esperan trabajar, sin que existan diferencias perceptibles entre estos dos últimos grupos.

CUADRO 9

Conocimiento de los diferentes métodos de control de la natalidad, por tradicionalismo-progresismo hacia la familia

METODO DE CONTROL	Tradicionalismo-Progresismo hacia la familia				TOTAL
	Muy tradicionales	Tradicionales	Progresistas	Muy Progresistas	
Coitus interruptus	—	28	41	45	35
Preservativo	—	34	49	45	42
Lavado o ducha vaginal ...	—	21	35	43	29
Ogino	33	47	69	66	58
Píldora	33	65	78	68	72
Diafragma	—	13	20	25	16
Otros	—	2	3	2	2
No contestan	—	27	16	30	21
Total	(3)	(912)	(943)	(44)	(1.902)

No existen diferencias entre mujeres tradicionales y progresistas (según un índice construido al efecto) por lo que respecta al orden en que conocen los diferentes métodos, pero, por supuesto, los porcentajes que conocen cualquier método son superiores entre las progresistas que entre las más tradicionales (22).

La conclusión principal que se puede obtener de todo lo anterior es que, de todas las variables examinadas, las tres que mejor discriminan, es decir, aquellas que mejor ponen de manifiesto las diferencias entre unas mujeres y otras, son las de *status* socioeconómico, es decir, el nivel de estudios de la

(22) El índice de actitudes tradicionales-progresistas hacia la familia se ha basado en un conjunto de diez proposiciones sobre las cuales la entrevistada podía manifestar su grado de acuerdo o desacuerdo mediante una escala de cinco puntos. La construcción del índice se explica en J. Díez Nicolás: "Natalidad y planificación...", Informe núm. 2, *op. cit.* Como se observará, las actitudes muy progresistas o muy tradicionales son escasas, pero las otras dos categorías, menos extremas, se reparten casi mitad por mitad a la muestra.

entrevistada, el *status* ocupacional del marido y los ingresos familiares mensuales. Las otras, por supuesto, también sirven para mostrar diferencias, pero éstas son menores que las que se obtienen con las tres mencionadas. Así, por ejemplo, entre el 80 y el 90 por 100 de las mujeres de *status* alto (en cualquiera de los tres indicadores) ha oído hablar de la píldora o del Ogino; entre el 50 y el 70 por 100 de ellas han oído hablar del preservativo; entre el 50 y el 60 por 100 han oído hablar del *coitus interruptus* y de los lavados vaginales; e incluso casi cuatro de cada diez mujeres pertenecientes a estos estratos han oído hablar del diafragma.

Actitudes de las españolas hacia los diferentes métodos de control de natalidad

Aparte del conocimiento, merece la pena ofrecer algunos comentarios sobre las opiniones que las mujeres entrevistadas muestran respecto a los diferentes métodos. Naturalmente que la falta de opiniones (que en cierto modo procede de una falta de conocimientos ya comentada) está inversamente relacionada con la experiencia laboral, con los ingresos familiares, con el nivel de estudios de la entrevistada, con el *status* ocupacional del marido, con el tamaño del municipio y con el medio urbano de origen, y está directamente relacionada con la edad y con el tradicionalismo respecto a la estructura familiar.

Una de las cuestiones importantes era la relativa a cuál de los métodos era más utilizado en España. El orden, para el conjunto de la muestra, como se recordará, era el siguiente: Ogino (23 por 100), píldora (20 por 100), *coitus interruptus* (11 por 100), preservativo (11 por 100), lavado vaginal (2 por 100), y diafragma (0 por 100). Aunque la tónica general es la de que este mismo orden, con diferentes proporciones, se suele dar sea cual sea la variable que se considere, existen algunas diferencias interesantes de señalar. La precisión más importante que se puede hacer es la disparidad que sobre este hecho se da según los diferentes indicadores de *status* socioeconómico, todos los cuales ponen de relieve que cuanto mayor es éste, mayor es la proporción que afirma que se utiliza más el Ogino que la píldora; en los estratos inferiores se invierte incluso la relación, es decir, se opina que se utiliza más la píldora que el Ogino. Como ejemplo basta el de los ingresos mensuales; entre las mujeres que tienen 30.000 ó más pesetas mensuales, un 43 por 100 opina que el método más utilizado es el Ogino, frente un 28 por 100 que opina que lo es la píldora; las proporciones correspondientes son 42 frente a 26 entre las mujeres con ingresos mensuales entre 20.000 y 30.000

CUADRO 10

Opinión sobre cuál es el método de control más utilizado en España, por diferentes variables socioeconómicas

VARIABLES SOCIOECONOMICAS	METODOS DE CONTROL							Total	
	Cóitus interrumpus	Preservativo	Lavado o ducha vaginal	Ogmo	Pildora	Diafragma	Otros		No contestan
TOTAL	11	11	2	23	20	—	—	40	(1.902)
<i>Nivel de estudios de la entrevistada:</i>									
Ninguno	10	13	1	9	13	—	—	60	(197)
Primarios	10	10	2	18	19	—	—	45	(1.268)
Medios y profesionales	11	12	1	39	30	1	—	15	(134)
Superiores	20	12	3	53	12	1	—	11	(95)
<i>Ocupación del marido:</i>									
"Status" ocupacional alto	14	6	4	58	32	—	—	10	(50)
"Status" ocupacional medio alto	11	11	2	39	21	—	—	22	(307)
"Status" ocupacional medio bajo	8	9	1	27	21	1	—	38	(511)
Trabajadores especializados	13	13	2	14	20	1	—	43	(670)
Trabajadores no especializados	9	10	1	11	16	—	—	59	(292)
<i>Clase social subjetiva:</i>									
Alta	20	5	—	25	25	5	—	25	(20)
Media	12	11	2	27	23	1	—	31	(1.146)
Baja	10	13	2	15	16	—	—	49	(505)
<i>Ingresos familiares mensuales:</i>									
Menos de 6.000 pesetas	9	8	1	10	12	1	—	64	(347)
De 6.000 a 12.000 pesetas	12	14	1	21	19	—	—	39	(758)
De 12.000 a 20.000 pesetas	12	12	1	25	22	—	—	32	(410)

ACTITUDES DE LA MUJER ESPAÑOLA HACIA LOS METODOS DE PLANIFICACION...

CUADRO 10

(Continuación)

VARIABLES SOCIOECONOMICAS	METODOS DE CONTROL								Total
	Cotus interrptus	Preservativo	Lavado o ducha vaginal	Otino	Pildora	Diaphragma	Otros	No contestan	
De 20.000 a 30.000 pesetas	11	8	2	42	26	1	—	19	(188)
Más de 30.000 pesetas	12	8	—	43	28	—	—	18	(74)
Sin respuesta	5	5	3	21	26	—	—	47	(125)
<i>Región:</i>									
Galicia	10	8	2	24	18	—	—	42	(131)
Vasco-Cantábrica	21	11	3	36	17	—	—	20	(219)
Castilla la Vieja	2	4	3	28	9	1	—	56	(152)
Catalano-Aragonesa	6	12	1	25	19	1	—	41	(362)
Levante	16	13	—	18	24	—	—	36	(211)
Castilla la Nueva-Extremadura	10	11	2	19	19	—	—	43	(344)
Andalucía oriental	10	7	—	9	18	—	—	57	(169)
Andalucía occidental	13	18	2	20	26	—	—	34	(239)
Canarias	9	7	—	17	48	—	—	28	(46)
<i>Edad de la entrevistada:</i>									
15 a 19 años	20	20	—	20	—	—	—	40	(5)
20 a 24 años	13	15	3	20	29	1	—	29	(157)
25 a 29 años	11	13	2	28	21	1	—	33	(393)
30 a 34 años	12	8	2	25	22	—	—	37	(351)
35 a 39 años	10	10	1	18	19	—	—	44	(473)
40 a 45 años	10	11	1	21	15	—	—	46	(517)

pesetas, de 25 frente a 22 entre las mujeres con ingresos mensuales entre 12.000 y 20.000 pesetas, 21 frente a 19 entre las mujeres con ingresos de 6.000 a 12.000 pesetas mensuales, y 10 frente a 12 entre las mujeres con ingresos familiares inferiores a 6.000 pesetas mensuales.

Caben aquí dos interpretaciones: o bien las mujeres proyectan a toda España la utilización del método que ellas utilizarían, o bien las mujeres piensan que el método que ellas utilizan es el que corresponde a su clase social, pero que el resto de la sociedad utiliza otro distinto. Sinceramente creo, basado en otros estudios, que es más válida la primera interpretación. En efecto, aún reconociendo que Ogino y píldora pueden ser ahora los dos métodos más utilizados en España, es posible que en los estratos más altos se utilice más el Ogino, y que en los medios y bajos, cuando se utiliza algún método, se utilice más la píldora que el Ogino. Las razones que estimo pueden justificar esta afirmación serían las siguientes: 1) el Ogino requiere un mayor nivel cultural por parte de ambos cónyuges, mientras que la píldora, aunque también lo requiera más que otros métodos, lo requiere menos que el Ogino; 2) en la mente de muchas personas, como luego veremos, se piensa que el Ogino está más de acuerdo con la normativa católica que la píldora, y, como numerosos estudios sobre España han puesto de relieve, la identificación con la Iglesia y su normativa ha sido, tradicionalmente, superior entre los estratos medios, medios-altos y altos, que entre los estratos inferiores de la sociedad, por lo que ese hecho puede estar pesando en la opinión de esos estratos. En resumen, mi opinión, que debo por supuesto verificar de manera más rigurosa posteriormente, es la de que esta pregunta, sobre cuáles son los métodos más utilizados en España, puede utilizarse como medio indirecto de conocer los métodos más utilizados o más susceptibles de ser utilizados por las entrevistadas, y que, en este sentido, es posible que la utilización del Ogino sea menor cuanto más bajo es el *status* socioeconómico, mientras que la utilización de la píldora sea (relativamente hablando con respecto al Ogino), superior cuanto más bajo sea dicho *status*. Como ejemplo de lo anterior se puede comparar a las mujeres con estudios superiores con las que no tienen ni siquiera estudios primarios: Para las primeras, los métodos más utilizados serían el Ogino (53 por 100), el *coitus interruptus* (20 por 100), la píldora (12 por 100) y el preservativo (12 por 100). Para las segundas, por el contrario, los métodos más utilizados en España serían el preservativo (13 por 100), la píldora (13 por 100), el *coitus interruptus* (10 por 100) y el Ogino (9 por 100).

Por lo que respecta a otras variables, puede ser interesante observar que en Galicia, en Vasco-Cantabria, en Castilla la Vieja y en la región Catalano-Aragonesa se cree que se utiliza más el Ogino que la píldora, en Castilla la

Nueva y Extremadura se da igual importancia a ambas, y en Levante, Andalucía oriental y occidental y en Canarias, se piensa que se utiliza más la píldora que el Ogino. Por otra parte, también las mujeres más jóvenes (20 a 24 años) creen que se utiliza más la píldora que el Ogino.

Respecto a la eficacia e ineficacia de cada método, hay que tener presente, en primer lugar, la escasa proporción de mujeres que contesta. Aún así, es de destacar la gran diferencia de eficacia que se concede a la píldora respecto a los demás métodos, y el acuerdo casi similar en considerar al Ogino como el menos eficaz. Pero, aunque no existen diferencias en estas apreciaciones según las diferentes variables consideradas, si existen algunas matizaciones relativas de interés. En efecto, en Andalucía occidental, entre las mujeres con ningún tipo de estudios, entre las mujeres de los trabajadores no especializados y entre aquéllas con ingresos familiares inferiores a 6.000 pesetas, aunque se considere a la píldora como el método más eficaz, como los demás subgrupos, se concede una gran importancia (relativa a los otros métodos) al preservativo como método más eficaz.

El consenso relativamente elevado en considerar que la píldora es el método más peligroso para la salud, contrasta, evidentemente, con la anterior atribución de eficacia. Sólo en Canarias y en algunos subgrupos se concede una cierta mayor peligrosidad relativa (aunque inferior a la de la píldora), al *coitus interruptus*.

Nuevamente es la píldora el gran protagonista a la hora de decidir cuál es el método más difícil de adquirir en España. Sin embargo, en esta pregunta se pone de manifiesto una vez más el grado de fiabilidad de las respuestas, ya que nadie se ha referido al *coitus interruptus*, el lavado vaginal o el Ogino, como métodos difíciles de adquirir. Aunque el acuerdo en torno a la dificultad de encontrar la píldora es bastante alto, es de señalar que de nuevo destaca Canarias por la alta proporción que menciona el diafragma como método difícil de encontrar (lo menciona un 22 por 100, frente a un 24 por 100 que señala la píldora, en aquella región). Resulta obvio señalar que es difícil para muchas mujeres referirse al diafragma como método difícil de encontrar, teniendo en cuenta la baja proporción de mujeres que conoce o dice conocer su existencia.

En cuanto al método o métodos que, según las entrevistadas, está autorizado por la Iglesia, es prácticamente indiscutible la referencia que se hace al método Ogino. Casi cuatro de cada diez mujeres entrevistadas lo han reconocido así, mientras que las proporciones que mencionan los otros no llegan ni siquiera al 5 por 100.

JUAN DIEZ NICOLAS

Es obvio que el análisis que aquí se ha presentado constituye sólo una primera aproximación a los datos disponibles. Todavía se requiere una explotación más refinada, que esperamos realizar poco a poco. También es obvio, y quiero insistir sobre ello, que los datos utilizados se pueden tomar como reflejo de la realidad en la medida en que las mujeres que han contestado hayan contestado con sinceridad. Aunque ésto último es algo de lo que nunca se puede tener certeza absoluta, sí creo que la consistencia interna de los datos es bastante alta, y que los resultados encontrados son congruentes con lo que cabría encontrar, de acuerdo con estudios realizados en otros países, y con estudios sobre temas parecidos que existen para nuestro propio país. Desde esta perspectiva, creo que los datos aportados, junto con las interpretaciones ofrecidas, servirán para arrojar alguna luz sobre la posición de las mujeres españolas frente a estos métodos de planificación y control de la natalidad.