

11326
Zeej
12B



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

" EMBARAZO EN PLANIFICACION FAMILIAR "

TESIS

Que para obtener la Especialidad en:

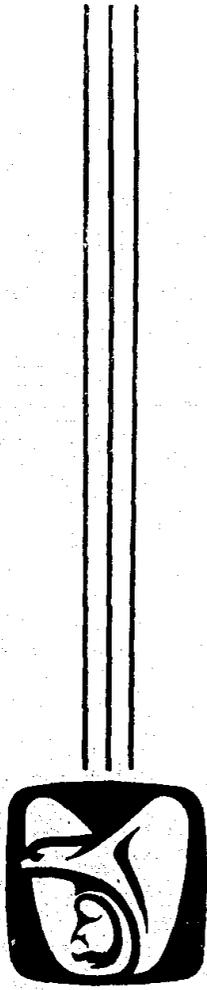
MEDICINA FAMILIAR

Presentada por:

Dr. Marco H. Guagnelli Hidalgo

U. M. F. No. 1

I. M. S. S.



TESIS CON
MAYOR CALIFICACION

Puebla, Pue.

1983 - 85



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

INTRODUCCION	. . . . .	1
MATERIAL Y METODOS	. . . . .	7
RESULTADOS	. . . . .	8
DISCUSION	. . . . .	25
CONCLUSIONES	. . . . .	26
RESUMEN	. . . . .	27
BIBLIOGRAFIA	. . . . .	28

INTRODUCCION:

Desde la época en que no se conocía la escritura, en todas las sociedades han existido intentos de alcanzar el control de la fertilidad, el empleo temprano de agentes anticonceptivos está documentado en antiguos papiros, en los que se habla de espolvorear heces de cocodrilo en la vulva. El empleo de semillas y pociones y la práctica del coito interrumpido por el varón fueron conocidos desde los primeros siglos de la era cristiana. Los avances de las ciencias básicas y en las aplicaciones tecnológicas subsiguientes han proporcionado al hombre moderno una variedad de métodos para el control de la fertilidad, más precisos y eficaces. (4, 12).

La inclusión de la planificación familiar dentro de la rúbrica general de las prácticas de atención sanitaria parece problemática debido a que los profesionales de la salud y el público en general no comparten necesariamente las mismas definiciones de salud y enfermedad. Los patrones de suministro que no consiguen explicar esta divergencia fracasan igualmente en atraer a aquellos para quienes el manejo de la conducta sexual es fundamentalmente un asunto privado que debe decidirse entre el individuo y su pareja sexual. (4, 11).

El cuerpo de la profesión médica solo reconoció la anticoncepción como legítimo instrumento de salud cuando se vio obligado a hacerlo. No fue sino hasta que los anti

conceptivos requirieron destreza médica para su aplicación y prescripción, que los doctores empezaron a considerar el control de la natalidad como medida pertinente de la medicina curativa o preventiva. Es por lo tanto irónico que este compromiso largo tiempo esperado plantee ahora, una posible restricción a la expansión de los servicios de planificación familiar. (8).

Este desarrollo y la vieja tradición "clínica" en la planificación familiar ha significado que la profesión médica se ha visto involucrado en forma creciente en la entrega y administración de los servicios de control de la natalidad. Aunque es deseable que la anticoncepción constituya una herramienta terapéutica en la práctica clínica, sería una desgracia si la administración de tales servicios se hiciese excesivamente dependiendo de esta profesión. Esto significaría el recurrir a personal sanitario, costoso y escaso, para que cuidase del sano y fértil, imponiendo así restricciones en la expansión de futuros programas. Ya estamos experimentando, las consecuencias de la intransigencia médica, que ha limitado efectivamente la disponibilidad de servicios de control de la natalidad. Por insistencia de los consejeros médicos, sólo un médico puede ejecutar un aborto o una vasectomía, aplicar el asa o en la mayoría de los países, inclusive, prescribir la píldora. Sin embargo, las habilidades técnicas y el reconocimiento requeridos para cualquiera de estos procedimientos menores son mínimos y pueden ser aprendidos adecuadamente por repetición. Sin embargo, la santidad de las normas profesionales aún cuando restrinjan la salud -

y los beneficios sociales del control de la natalidad a sólo unos cuantos privilegiados, es inviolable. La idea de que una enfermera o un auxiliar médico pudiese practicar el aborto, aplicar un asa, o prescribir la píldora es considerada profana, a pesar de la amplia evidencia tanto científica como empírica de la capacidad de dichos individuos comparable en el logro con los resultados médicos. Además la restricción del control de la natalidad a las zonas de recepción médicas ya atendidas por servicios sanitarios es ilógica. La planificación familiar constituye un agente potente y barato de salud, en especial de salud maternoinfantil. Después de todo, la prevención de un nacimiento puede ser la prevención de una posible enfermedad y de un fallecimiento evitado. Por lo tanto, cuando un vehículo de salud tan significativo, puede ser facilitado sin utilizar recursos médicos sofisticados, deben hacerse algunas concesiones profesionales para beneficio de los intereses más amplios de la comunidad. (8, 11).

El médico familiar como especialista debe de comprender, conocer y analizar, para posteriormente educar en lo referente al cambio de actitudes y valores, en este caso a lo referente a los roles que guardan relación con la esposa o compañera, considerando que las ciencias sociales - además que las médicas guardan estrecha relación en el aspecto salud, y de ahí la importancia de la psicología social, sociología, antropología, etc., analizando el método de planificación familiar no como una meta demográfica. (14).

Para 1980 un gran número de mujeres está ya incorporado al Programa de Planificación Familiar y hacia 1981, se alcanza la meta planeada de tener un crecimiento poblacional de 2.5%. Para esta fecha 4.5 millones de mujeres - están usando algún método anticonceptivo y este número equivale al 25% de las mujeres mexicanas en edad fértil. - (1).

Se sabe que 4.5 millones de mujeres están usando algún método anticonceptivo, pero ¿que está pasando a nivel intraindividual?, ¿que cambios se están generando, no sólo en estas mujeres sino en la población en general?. Es evidente que el hecho de que esa cantidad de mujeres adopte la conducta de la planificación familiar no es un hecho que pueda pasar inadvertido ni ser intrascendente para los demás individuos de la comunidad social. (1).

La adopción de una conducta es el antecedente o el - consecuente de un cambio intraindividual, entendiendo por éste las modificaciones en las formas de pensar, de percibir, de sentir y de reaccionar hacia un determinado objeto físico o intelectual; modificaciones que pueden ser en sentido de aumento o decremento de lo preexistente o de - adquisición de formas no existentes. En el caso de la planificación familiar la conducta de usar un anticonceptivo idealmente debe ser la consecuencia de los conocimientos y aceptación de los principios de la planificación familiar y su valoración a nivel afectivo emocional, de tal - suerte que llegen a convertirse en motivos, en fuentes in

ternas de motivación que dirijan las conductas de los individuos hacia su consecución. (1).

Diversos autores han demostrado que en muchas situaciones las parejas con mayor grado de comunicación son -- las más proclives a utilizar contraceptivos. La mayor comunicación y cooperación en el hogar parecen lograrse por un proceso que comienza por cambios en la estructura social que influyen en la educación, y conduce a una familia más igualitaria por su parte esto acrecienta la comunicación sobre diversas materias, entre ellas el tamaño de la familia. (4, 8).

Las barreras de comunicación entre el profesional y el paciente, frecuentemente impiden un intercambio libre y completo de información pertinente que, en última instancia, propiciaría el mejor uso de un método anticonceptivo por el paciente. (8).

El objetivo principal de este trabajo es determinar las causas por las que llegan a producirse embarazos, en personas que están utilizando algún método de planificación familiar y las repercusiones que hay en la dinámica familiar, pudiendo estar condicionado esto, por la falta de orientación o educación adecuada del método que la pareja desea llevar para un control o espaciamiento de sus embarazos. Influyen además otros aspectos que aumentan -- las posibilidades de falla, como son factores socioculturales, idiosincracia de cada persona y orgánicos.

Por lo anteriormente descrito, es necesario efectuar un estudio que determine las causas más importantes que pueden estar ocasionando las fallas de los métodos anti--conceptivos, para prevenir todas las alteraciones que se producen tanto dentro como fuera de la familia.

MATERIAL Y METODO:

El trabajo se efectuó con un total de 32 casos, de -
pacientes de la U.M.F. # 1 de Puebla, Pue., que llevando
algún método de planificación familiar se embarazaron, de
terminándose dicho embarazo por pruebas de laboratorio, -
estudio que se realizó del 1o de enero al 31 de octubre -
de 1984. La edad de los casos fluctuaron de 19 a 34 años
con una media de 24.5 años.

La técnica que se llevo a cabo, fué por medio de in-
terrogatorio directo a la pareja mediante un cuestionario
considerando los siguientes parámetros: Edad, método de -
planificación utilizado, escolaridad, ocupación, religión
ingreso mensual familiar, estado civil, conocimiento del
método, embarazos previos y alteraciones que se presentan
en su vida familiar-profesional. El interrogatorio se rea-
lizó tanto intra como extramuros, ya sea cuando acuden a
consulta externa o mediante visitas domiciliarias progra-
madas, haciendo énfasis en las alteraciones ocurridas den-
tro de la vida familiar y profesional de la paciente.

Se excluyeron aquellas pacientes que suspendieron el
método por más de un mes, y a las que hayan utilizado el
método por un tiempo menor de seis meses.

RESULTADOS:

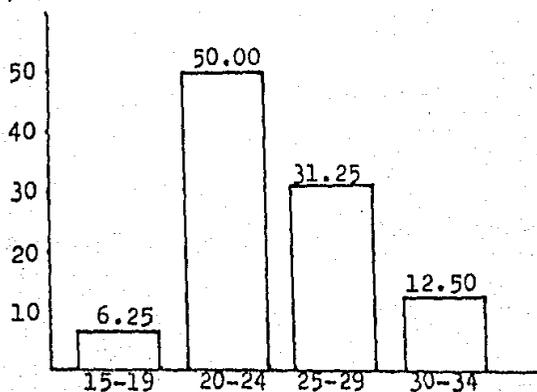
Dentro del cuadro No. 1 se muestran las edades de las pacientes, que presentaron embarazo, el período comprendido entre 20 a 24 años corresponde al 50% de las mujeres en estudio, siendo en orden decreciente, de 25 a 29 años un 31.25%, de 30 a 34 años un 12.50% y de 15 a 19 años un 6.25%. (Gráfica No. 1).

CUADRO No. 1

EDAD	No. DE CASOS	%
15 - 19	2	6.25
20 - 24	16	50.00
25 - 29	10	31.25
30 - 34	4	12.50
TOTAL	32	100.00

GRAFICA No. 1

% EDAD DE MUJERES EMBARAZADAS.



FUENTE: Encuesta realizada.

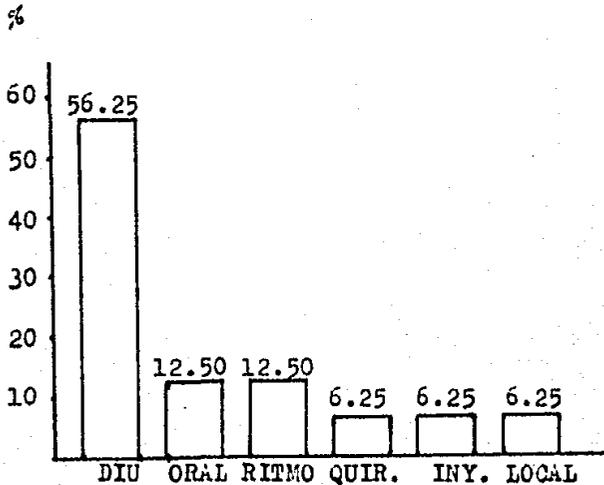
De los métodos de planificación familiar utilizados - por las mujeres en estudio, correspondió al dispositivo intrauterino ser el método más utilizado en un 56.25%; el -- 12.50% de las pacientes tomaron compuestos orales, combinados, secuenciales y progestágenos en terapia continua; el 12.50% utilizó el método del ritmo; el 6.25% presentó embarazo con salpingoclasia bilateral; el 6.25% con compuestos inyectables de depósito y el otro 6.25% con métodos locales (Cuadro y gráfica No. 2).

CUADRO No. 2

METODO	No. DE CASOS	%
D.I.U.	18	56.25
ORAL	4	12.50
RITMO	4	12.50
QUIRUR.	2	6.25
INyec.	2	6.25
LOCAL	2	6.25
TOTAL	32	100.00

GRAFICA No. 2

METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR UTILIZADOS.



FUENTE: Encuesta realizada.

Se considero el grado de escolaridad siendo un 15.63% para primaria incompleta, el 37.50% primaria completa, el 15.64% para secundaria o equivalente completa, el 28.12% para preparatoria o equivalente completa y el 3.12% para profesional. (Cuadro y gráfica No. 3).

En el grupo de primaria incompleta que representa un 15.63%, los métodos utilizados fueron; dispositivo intrauterino en 4 pacientes y método local en una de ellas.

En el grupo de primaria completa que corresponde al 37.50%, 9 de las pacientes utilizaron dispositivo intraute

rino, 2 de ellas método quirúrgico y una el ritmo.

Dentro de las pacientes con secundaria o equivalente completa, 3 de ellas utilizaron el ritmo y 2 el dispositivo intrauterino.

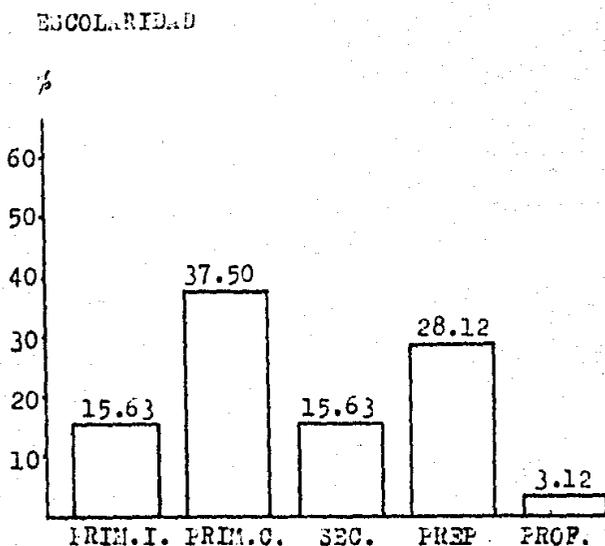
De las pacientes con preparatoria o equivalente completa, 4 utilizaron compuestos orales, 2 se aplicaban compuestos inyectables, 2 utilizaron dispositivo intrauterino y una de ellas usaba ovulos vaginales.

Unicamente una paciente a nivel profesional presentó embarazo y es con el dispositivo intrauterino.

CUADRO No. 3

ESCOLARIDAD	No. DE CASOS	%
PRIM. INCOMP.	5	15.63
PRIM. COMP.	12	37.50
SEC. O EQUIV.	5	15.63
PREP. O EQUIV.	9	28.12
PROFESIONAL.	1	3.12
TOTAL	32	100.00

GRAFICA No. 3



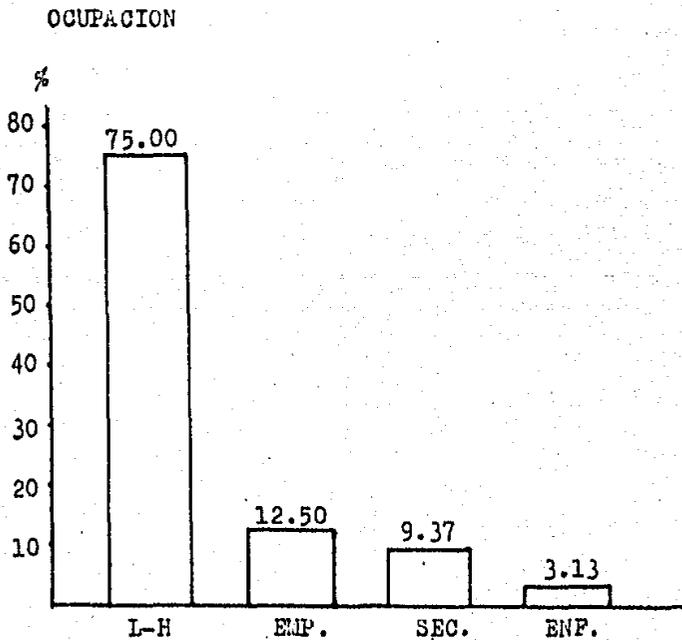
FUENTE: Encuesta realizada.

Dentro del grupo de mujeres estudiadas la ocupación de ellas, correspondió en un gran porcentaje a pacientes dedicadas a labores del hogar, que representa el 75.00% del total, siendo el 25% de estas pacientes que se encuentra dentro del grupo de madre-colaboradora, de estas el 12.50% su ocupación era de empleada, el 9.37% son secretarias y solamente una de ellas que representa el 3.13% su ocupación fue de enfermera. (Cuadro y gráfica No. 4).

CUADRO No. 4

OCUPACION	No DE CASOS	%
LAB. DEL HOGAR	24	75.00
EMPLEADA	4	12.50
SECRETARIA	3	9.37
ENFERMERA	1	3.13
TOTAL	32	100.00

GRAFICA No. 4



FUENTE: Encuesta realizada.

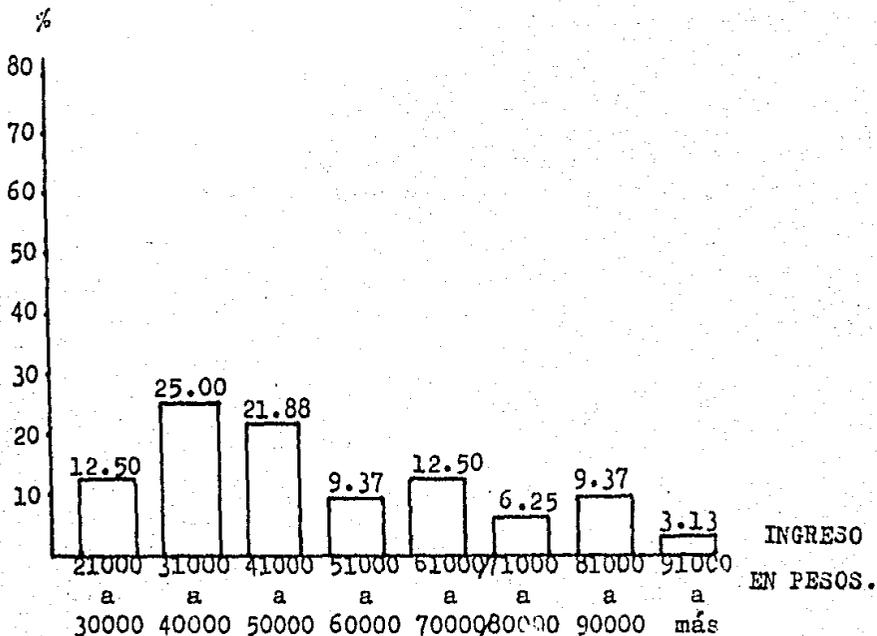
El ingreso mensual familiar se encuentra distribuido en 8 grupos: de \$21,000 a \$30,000 le correspondió el 12.50%; de \$31,000 a \$40,000 fue el 25.00%; de \$41,000 a \$50,000 - el 21.88%; de \$51,000 a \$60,000 el 9.37%; de \$61,000 a -- \$70,000 el 12.50%; de \$71,000 a \$80,000 el 6.25%; de ---- \$81,000 a \$90,000 el 9.37%; y de \$91,000 en adelante solamente fue del 3.13. (Cuadro y gráfica No. 5).

CUADRO No. 5

I. M. P.	No. DE CASOS	%
\$21,000 a \$30,000	4	12.50
\$31,000 a \$40,000	8	25.00
\$41,000 a \$50,000	7	21.88
\$51,000 a \$60,000	3	9.37
\$61,000 a \$70,000	4	12.50
\$71,000 a \$80,000	2	6.25
\$81,000 a \$90,000	3	9.37
\$91,000 a más	1	3.13
TOTAL	32	100.00

GRAFICA No. 5

INGRESO MENSUAL FAMILIAR.



FUENTE: Encuesta realizada.

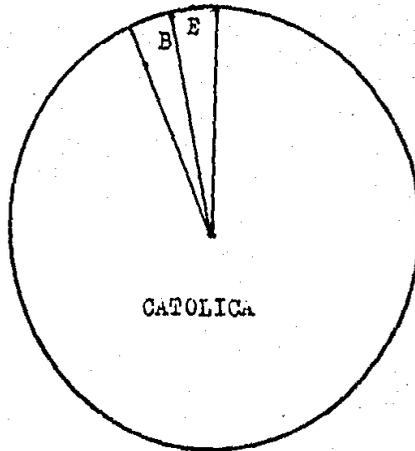
En relación a la religión, se encuentra la católica - con el 93.75% de las cuales 17 utilizaron dispositivo intrauterino, 4 compuestos orales, 3 método del ritmo, 2 método quirúrgico, 2 compuestos inyectables y 2 métodos locales. Una paciente de la religión bautista que uso el ritmo y una evangelista con dispositivo intrauterino. (Cuadro y gráfica No. 6).

CUADRO No. 6

RELIGION	No. DE CASOS	%
CATOLICA	30	93.75
BAUTISTA	1	3.125
EVANGELISTA	1	3.125
TOTAL	32	100.000

GRAFICA No. 6

RELIGION.



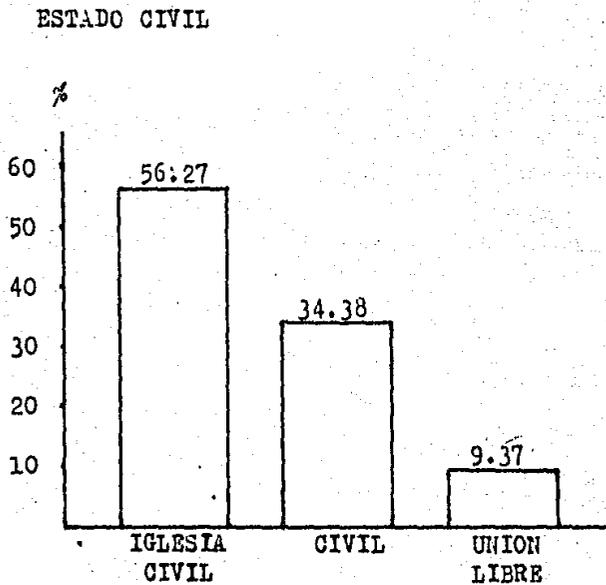
FUENTE: Encuesta realizada.

El estado civil de las pacientes, fue de 56.27% para las casadas por la iglesia y el civil, el 34.38% únicamente por el civil y el 9.37% se encontraban en unión libre. (Cuadro y gráfica No. 7).

CUADRO No. 7

EDO. CIVIL	No. DE CASOS	%
IGLESIA Y CIVIL	18	56.25
CIVIL	11	34.38
UNION LIBRE	3	9.37
TOTAL	32	100.00

GRAFICA No. 7

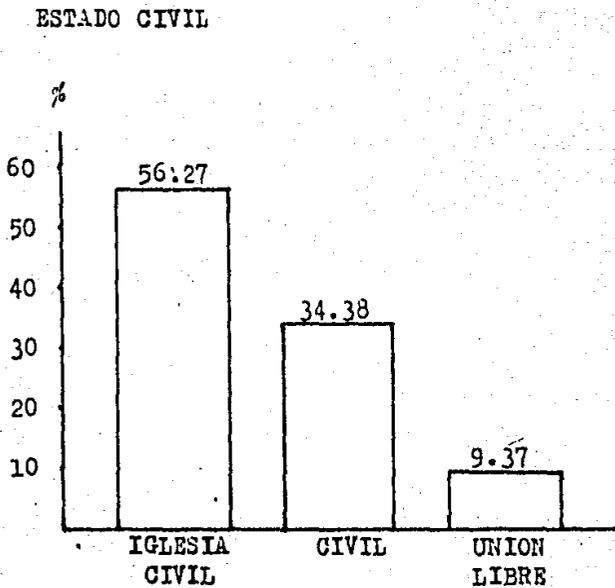


FUENTE: Encuesta realizada.

CUADRO No. 7

EDO. CIVIL	No. DE CASOS	%
IGLESIA Y CIVIL	18	56.25
CIVIL	11	34.38
UNION LIBRE	3	9.37
TOTAL	32	100.00

GRAFICA No. 7



FUENTE: Encuesta realizada.

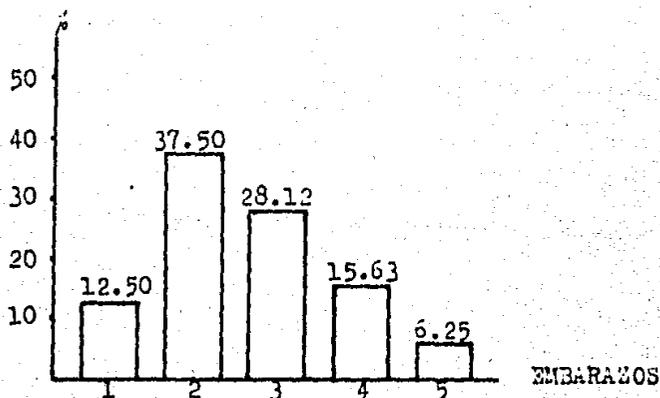
Con respecto a los embarazos previos al actual, el mayor porcentaje correspondió a las mujeres que tienen 2 embarazos con el 37.50%. Siguiendo en orden decreciente, las de 3 con el 28.12%, de 4 con el 15.63%, de 1 con el 12.50% y por último las de 5 embarazos con 6.25%. (Cuadro y gráfica No. 8).

CUADRO No. 8

EMBARAZOS PREVIOS	No. DE CASOS	%
1	4	12.50
2	12	37.50
3	9	28.12
4	5	15.63
5	2	6.25
TOTAL	32	100.00

GRAFICA No. 8

EMBARAZOS PREVIOS.



FUENTE: Encuesta realizada.

En relación al grupo de mujeres que habían recibido - pláticas sobre el método que usaban, el 87.50% no recibie- ron orientación. (Cuadro No. 9).

CUADRO No. 9

RECIBIERON ORIENTACION	No. DE CASOS	%
SI	4	12.50
NO	28	87.50
TOTAL	32	100.00

De las 32 mujeres, 7 de ellas usaron anteriormente -- otro método de planificación familiar, siendo los compues- tos orales los más utilizados (seis pacientes), las causas por las cuales fueron abandonados estos métodos, fue por-- que en 5 de estas mujeres hubo reacciones secundarias a es- tos medicamentos, y la otra mujer presentó embarazo por -- suspensión parcial del anticonceptivo. El otro método fue el local que lo uso por un año, y el motivo del cambio fue para tener un método más seguro.

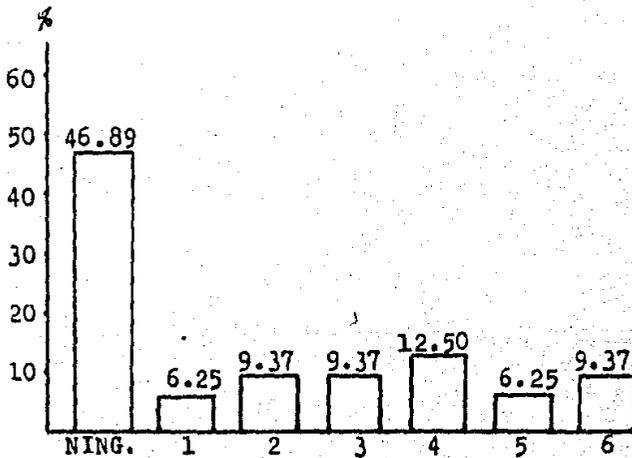
El 46.89% de las mujeres nunca acudieron a control pa- ra revisión del método anticonceptivo. El resto del porcen- taje, se dividió de 2 a 6 visitas con su médico para con- trol, siendo el orden progresivo el siguiente: de 2 visi- tas el 9.37%; de 3 el 9.37%; de 4 el 12.50%; de 5 el 6.25% y con 6 el 9.37%. (Cuadro No. 10 y gráfica No. 9).

CUADRO No. 10

CONTROL	No. DE CASOS	%
NINGUNO	15	46.89
1	2	6.25
2	3	9.37
3	3	9.37
4	4	12.50
5	2	6.25
6	3	9.37
TOTAL	32	100.00

GRAFICA No. 9

CONTROL DEL METODO.



FUENTE: Encuesta realizada.

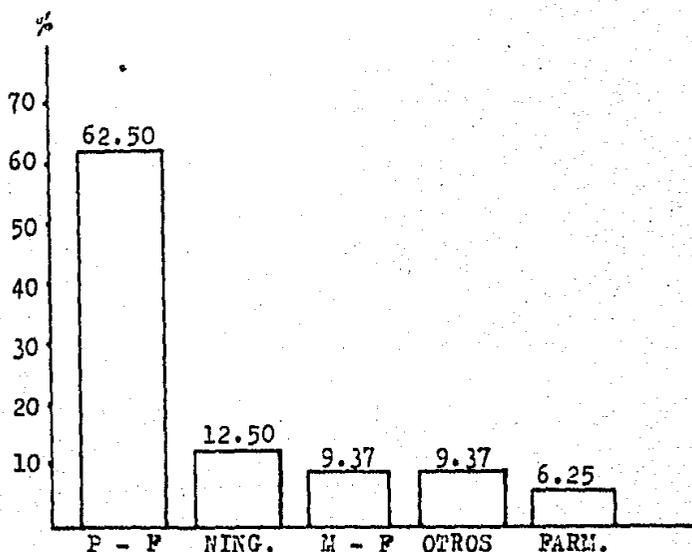
El método de planificación familiar, fue adquirido -- por las pacientes en diversos sitios, ocupando el 1er. lugar, el servicio de planificación familiar con el 62.50%;- el médico familiar con el 9.37%; en farmacias el 6.25% y - en diversas instituciones del sector salud el 9.37%. Hay - que hacer notar que el restante 12.50% llevaban el método del ritmo. (Cuadro No. 11 y gráfica No. 10).

CUADRO No. 11

ADQUISICION DEL MET.	No. DE CASOS	%
PLANIFICACION FAM.	20	62.50
MEDICO FAMILIAR.	3	9.37
PHARMACIAS.	2	6.25
OTRAS INSTITUCIONES.	3	9.37
NINGUN LUGAR.	4	12.50
TOTAL.	32	100.00

GRAFICA No. 10

ADQUISICION DEL METODO EN:



FUENTE: Encuesta realizada.

De los cambios que se efectuaron dentro del núcleo -- familiar con motivo al embarazo en lo que respecta a su aceptación, relaciones familiares y cambios en la vida personal-profesional fueron los siguientes:

En el grupo de mujeres la aceptación del embarazo por la familia fue mala en el 75.00%; buena en el 21.88% y el 3.12% en el momento del estudio no sabia su familia que se encontraba embarazada. (Cuadro No. 12).

CUADRO No. 12

ACEPTACION DEL EMB.	NO. DE CASOS	%
BUENA	7	21.38
MAIA	24	75.00
NO SABIAN	1	3.12
TOTAL.	32	100.00

Las relaciones familiares se vieron alteradas en la -
 mayoria de los casos, principalmente con el esposo. Corres-
 pondiendo el 84.38% al grupo de mujeres en que se tornaron
 malas estas relaciones; en el 9.37% sus relaciones mejora-
 ron y en el 6.25% no hobo cambios. (Cuadro No. 13).

CUADRO No. 13

RELACIONES FAM.	No. DE CASOS	%
BUENAS	3	9.37
MALAS	27	84.38
SIN CAMBIOS	2	6.25
TOTAL	32	100.00

Con respecto a los cambios sufridos en su vida perso-
 nal familiar el 50.00 % de las mujeres, tuvieron cambios -
 importantes dentro de su rol de vida ya sea por alteracio-

nes propias del embarazo y aún después del parto. En el --
 40.63% no hubo cambios y el restante 9.37% pensaban que --
 dentro de su trabajo tendrían problemas por el embarazo --
 presentado. (Cuadro No. 14).

CUADRO No. 14

CAMBIOS EN LA VIDA PERSONAL	No. DE CASOS	%
CON CAMBIOS	16	50.00
SIN CAMBIOS	13	40.63
EN EL TRABAJO	3	9.37
TOTAL	32	100.00

DISCUSION:

En el presente estudio se pudo determinar que la mayor frecuencia de embarazos con métodos anticonceptivos, se presentaron en mujeres jóvenes (20 a 24 años), y el método que más fallas tuvo fue el dispositivo intrauterino con un 56.25%, a diferencia de lo reportado en la literatura que es del 2.5 al 4.5% (13). Siendo este resultado, probablemente, al número reducido de casos, así como la promoción que se le ha dado a algunos métodos dentro de la población adscrita, por lo que se podría determinar este des acuerdo.

Llama la atención el alto porcentaje (87.50%) de las mujeres que llevando un método de planificación familiar no habían recibido orientación sobre el anticonceptivo usado, a pesar de que se han hecho campañas de educación en planificación familiar por el sector salud para personal médico, paramédico, educativo y público en general (1).

Con respecto a la educación, ocupación e ingreso económico familiar mensual, se pudo determinar que predominan los grupos de menor nivel socioeconómico y educativo, con los más altos porcentajes de fallas (2).

Lo importante de todo este estudio es todo el cambio que sufre la familia por la presencia de embarazo no deseado, la repercusión que existe principalmente con el compañero y la alteración en la dinámica familiar en la mayoría de las mujeres estudiadas.

CONCLUSIONES:

Uno de los motivos para realizar este trabajo fué, el que se observaba un gran número de mujeres embarazadas, -- aún a pesar de llevar un método de planificación familiar, y del que se pudo determinar, que aparte del nivel socio-cultural es un factor determinante para que se produzcan -- estas alteraciones, lo es más, la falta de educación que -- se le dá a la usuaria del método que esta utilizando, a pe-- sar de que es uno de los programas prioritarios del sector salud.

Por lo anteriormente descrito considero importante el concientizar al personal médico y paramédico encargado de estos programas en tomar más interes en este punto, así co-- mo a los médicos de primer contacto, pues en manos de noso-- tros esta el disminuir la tasa de error de los métodos de la planificación familiar, y a la vez evitamos alteracio-- nes de gran importancia a nivel del núcleo familiar.

RESUMEN:

Se tomó un total de treinta y dos pacientes de la --- U.M.F. # 1 de la Cd. de Puebla que se embarazaron llevando algún método de planificación familiar, la técnica que se llevó a cabo fué por medio de interrogatorio directo a travez de un cuestionario donde se obtuvieron los siguientes resultados:

La edad más afectada fué el grupo de edad comprendida entre 20 y 24 años siendo el D.I.U. el método más utilizado. Se observó que las pacientes con educación básica fué la más afectada. Las tres cuartas partes de las pacientes en estudio se dedicaban a labores del hogar observandose -- que solo una de ellas se desarrollaba a nivel profesional. Los grupos de menor ingreso mensual familiar fueron los -- más afectados.

La religión católica ocupó el 93.75% de los casos, -- por lo que respecta a el estado civil correspondió a más -- del cincuenta por ciento de los casos, a las mujeres casa-- das por la iglesia y el civil.

Con respecto a los embarazos previos al actual el ma-- yor porcentaje correspondió a las mujeres que tenían dos -- embarazos. Se pudo determinar que el 87.50% de las mujeres no habían recibido orientación acerca del método utilizado. Habiendo un gran porcentaje de estas mujeres que nunca tu-- vieron control del mismo.

Se pudo observar que existió gran alteración a nivel del núcleo familiar.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Enriquez, Madrigal, Painter. La vasectomia como procedimiento ambulatorio en el Salvador. Rev Col de Obst Gynec 1978; 19: 43-52.
- 2.- Frank R, Tietze C. Aceptación de un programa de anti-concepción oral, en una gran area metropolitana. Amer J Obstet Gynec 1982; 93: 122-127
- 3.- Garcia C. Efectos médicos y metabólicos de los anti-conceptivos orales y sus complicaciones. Clin Obstet Gynec 1979; 11: 669
- 4.- Giner V. Frecuencia de expulsión del D.I.U. TCu 220 - modificada, aplicado en el periodo postparto. Rev Med 1983; 2:187-202
- 5.- Hulka JF. Nuevos métodos de esterilización femenina. EN Nuevos conceptos en medidas anticonceptivas. México D.F; Editorial El Manual Moderno, 1981: 53-74
- 6.- King T. Métodos contraceptivos para adolescentes. Mun Méd 1979; 56: 47-49
- 7.- La revolución demográfica en México 1970-1980 del IMSS Actividades cuadyvantes de la planificación familiar. México D.F. 1982; 103-201
- 8.- Mc Calister DV, Hawkins, Beasley. Efectos proyectados de planificación familiar en la incidencia de mortalidad perinatal. Amer J Obstet Gynec 1981; 106: 573
- 9.- Malcolm P. Problemas y estrategias. EN Nuevos conceptos en medidas anticonceptivas. México D.F; Editorial el Manual Moderno, 1981: 1-5

- 10.- Olivas, Hernandez. Análisis de 52 embarazos con DIU
Ginec Obstet Méx 1981; 49: 255-259
- 11.- Rios, Miranda, Guerra. Etiología de la mortalidad ma
terna. Trib Méd 1979; 381: 39
- 12.- Smith D. Técnicas de control de la concepción. EN --
Hacia mejores programas de planificación familiar.
México D.F: Editorial PAX- MEXICO 1980; 35-38
- 13.- Tatum HJ. anticoncepción con la "T" de cobre. Excerpt
ta Medica 1982; VII: 29
- 14.- Thoulon JM. Revisión de los métodos anticonceptivos.
Trib Méd 1979; 431: 39-39
- 15.- Vessey M, Doll R. Investigación de la relación entre
el uso de anticonceptivos orales y enfermedades trom
boembólicas. Brit Med J 1980; 2: 109
- 16.- Ziegler F. Respuesta psicosocial a la vasectomia. --
Obstat Gynec Survey 1980; 25: 69