

11226
209 9



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA GENERAL, FAMILIAR Y
COMUNITARIA
SECRETARIA DE SALUD

**“ASPECTOS SOCIOCULTURALES DE LAS MUJERES QUE
LLEVAN CONTROL PRENATAL EN DOS COMUNIDADES
DEL ESTADO DE TLAXCALA FEBRERO/1986”.**

TESINA RECEPCIONAL

PARA OBTENER EL DIPLOMA UNIVERSITARIO DE;
ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL FAMILIAR
P R E S E N T A N :
DRA. ALEJANDRA ARVIZU ARELLANO
DRA. MARIA DEL PILAR PALOMEQUE RAMIREZ



MEXICO, D. F.

1987

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

I N D I C E

Pág.

I.	ANTECEDENTES Y PROBLEMA	
I.1	Introducción	2
I.2	Razones para Llevar a cabo la Investigación	7
I.3	Revisión Crítica de la Información	8
II.	OBJETIVOS	15
III.	PLANES PARA LLEVAR A CABO LA INVESTIGACION	
III.1	Tipo de Estudio	17
III.2	Población, Lugar y Tiempo de Estudio	17
III.3	Información que se va a Recolectar	19
III.4	Método de Observación o Medición	20
III.5	Consideraciones de Problemas Eticos	21
III.6	Desarrollo del Instrumento de Estudio	21
III.7	Planes para el Análisis	22
IV.	RESULTADOS	24
V.	CONCLUSIONES	97
VI.	SUGERENCIAS	103

	<u>Pág.</u>
ANEXO I	105
ANEXO II	108
ANEXO III	112
BIBLIOGRAFIA	116

I. ANTECEDENTES Y PROBLEMA

1.1 Introducción.

El embarazo trae consigo una serie de cambios que demandan del organismo materno algunas adaptaciones orgánicas y funcionales, para que la evolución de la gestación sea exitosa. En ocasiones estos cambios son tan importantes que es difícil precisar en que momento son todavía fisiológicos y cuando se vuelven patológicos. Debido a esto, es importante la vigilancia prenatal, que se puede definir como un programa de examen, valoración, observación, tratamiento y educación de la mujer embarazada a través de revisiones tempranas, regulares y periódicas efectuadas por personal médico. Estas medidas están encaminadas a hacer el embarazo y el parto lo más normales y desprovistos de peligro como sea posible. (1) (3) (11).

Ya desde 1940 hubo autores que dieron alguna importancia a la evolución de la gestación, pero fue hasta 1901 en que Ballantyne subrayó la importancia de la vigilancia prenatal. Durante los últimos años el cúmulo de conocimientos y la experiencia adquirida han marcado un cambio en la estructura asistencial de la mujer embarazada, al establecer un criterio de selección que permite ubicar las necesidades individuales, con conceptos bien definidos de riesgo durante la gestación. (2) (12).

Se ha visto en los últimos años la importancia de la medicina preventiva y como parte de ella encontramos al Control Prenatal, ya que su función primordial es evitar que la gestación abandone los límites fisiológicos, o bien que al suceder esto, se detecten las alteraciones en sus fases iniciales para darles un tratamiento temprano y con ello obtener madres y productos más sanos. Una de las etapas de mayor importancia en el desarrollo de un ser intrauterino corresponde al primer trimestre, ya que en esta fase se habrá de efectuar la embriogénesis y organogénesis, y son muchos los factores ambientales que pueden dañar al producto de la concepción. Por esto es deseable que la paciente acuda al médico en cuanto sospeche la posibilidad de embarazo. (2) (11).

Así, en la atención prenatal se están realizando la prevención primaria y secundaria, según los niveles de Leovell y Clark. La prevención primaria comprende la promoción de la salud y medidas protectoras. La promoción de la salud tiene como finalidad, el informar, influir y ayudar a individuos y grupos para que asuman mayor responsabilidad y sean más activos en todo lo que afecta a la salud.

La prevención secundaria incluye el diagnóstico precoz, el tratamiento y limitación de la invalidez. (13)

La eficiencia de un programa de asistencia prenatal ha sido confirmada por la disminución de la morbilidad y mortalidad consecutivas a las complicaciones del embarazo.

La gran mayoría de las poblaciones de los países en desarrollo, en particular de los habitantes de las zonas rurales, apenas tienen acceso a la atención de la salud, y con frecuencia no lo tienen en absoluto. Entre las razones que explican esta situación figuran: la limitación de los recursos disponibles (falta de personal adecuado, etc.); las dificultades que pone el medio ambiente (inaccesibilidad de numerosas comunidades); la incapacidad del sistema de salud, con frecuencia débil, para prestar el apoyo apropiado a la acción de la comunidad, incluidos los problemas de adiestramiento y recursos (presupuestos y suministros insuficientes, información y supervisión sistemática deficiente) y la falta de incentivos para el personal.

(3) (14) (15).

Por encima de los aspectos humanitarios, el costo de una asistencia prenatal correcta es moderado en comparación con el gasto que representa el tratamiento de las complicaciones serias, pero previsibles de la madre y el feto. (4).

Existen en algunas zonas rurales de Africa y Latinoamérica programas de atención de salud materno-infantil que incluyen la atención prenatal. Los recursos humanos con los que se cuenta son las parteras tradicionales, promotoras de salud, enfermeras auxiliares y supervisores que pueden ser médicos o enfermeras con experiencia en salud pública rural. El tipo de atención previsto se basa en la detección precoz del embarazo y la determinación del riesgo materno-fetal, teniendo por objeto mejorar la cobertura y eficacia del programa. Son las parteras y promotoras quienes ante la sospecha de embarazo canalizan a la paciente con la enfermera auxiliar para que lo confirme y ésta a su vez la canaliza a otro lugar en caso necesario.

Así, estos programas pretenden recalcar la necesidad de distribuir áreas geográficas bien determinadas para que con base en sus limitaciones, puedan instrumentar

recursos y ofrecer alternativas de solución de acuerdo a su problemática. (12) (13) (15).

Es también importante mencionar la influencia de la familia en el comportamiento de la mujer embarazada ante el Control Prenatal. Sobre todo si sabemos que la familia es el elemento primario en la estructura de la sociedad, esencialmente, es un sistema durable de interrelaciones humanas que opera como una banda de transmisión de la cultura y que presta a la sociedad servicios que le aseguran su supervivencia.

Se dice que aún cuando el hombre inició su liberación política y social en el siglo XIX, en cuanto a su vida privada permanece aún encaminado a la irracionalidad organizada; los tabúes y las restricciones que operan aún en el seno de la familia. (23) (24).

I.2 Razones para Llevar a Cabo la Investigación.

La morbimortalidad prenatal y perinatal es un problema de salud pública en la República Mexicana, especialmente en las áreas rurales. Se sabe que una forma de reducirla o inclusive terminarla, es teniendo un Control Prenatal adecuado. Pero ¿cuáles son las características reales del Control Prenatal en México, en especial en área rural? Se desconoce, después de haber efectuado una revisión de diez años en artículos relacionados con el tema por medio de CENIDS (Centro Nacional de Información Documentada en Salud) además de una revisión de cinco años en la Revista de la Escuela de Salud Pública en México, en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana y la Revista Médica del IMSS.

Es un hecho aceptado que los factores de orden social, económico y cultural así como las características biológicas de la mujer embarazada y sus antecedentes de complicaciones médicas, tanto en embarazos previos como en el actual, influyen en la evolución de la gestación. (12). Sin embargo, no se sabe cual es el perfil de la mujer que no acude a Control Prenatal y por lo tanto se desconoce la forma de llegar a ella de una manera --

adecuada para motivarla.

Se desconoce cual es la influencia cultural que se lo impide, así como la influencia de los recursos y sistemas.

Por tal motivo se intenta mencionar las características del Control Prenatal en las comunidades de Santa Bárbara Acuicuzcatepec y Zumpango, las cuales pertenecen al Estado de Tlaxcala que es uno de los más pobres del país y por lo tanto con más carencias y una mayor necesidad de educación para la salud.

I.3 Revisión Crítica de la Información.

Se realizó una revisión bibliográfica por medio del Centro Nacional de Información y Documentación en Salud (CENIDS), en la cual se buscaron artículos relacionados con el Control Prenatal en área rural desde enero de 1976 a diciembre de 1985, localizándose 18 artículos y una editorial, de los cuales solamente 4 y la editorial se encontraron disponibles en México.

Se anexa la lista de artículos relacionados con el tema no conseguibles en el país. (Anexo 1).

También se hizo la revisión de cinco años (1980-1985) de la Revista Médica del IMSS, el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana y la Revista de Salud Pública de México, y cuatro años en la Gaceta Médica de México (1978-1981) encontrándose un total de doce artículos, que como en los encontrados en el CENIDS, solamente apoyan en forma parcial esta investigación. No se encontró ningún artículo publicado con una investigación igual o parecida a la que se está realizando.

De los artículos encontrados por medio de CENIDS, tres fueron realizados en comunidades de Estados Unidos de Norteamérica y uno en Canadá. Los hospitales en los que se efectuaron los estudios equivaldrían aproximadamente a los Centros de Salud "B" de la Secretaría de Salud, y contaban con médicos residentes de Ginecología y Pediatría en Estados Unidos, en Canadá exclusivamente un médico familiar. En estos estudios se están valorando programas ya establecidos de atención materno-infantil en los Estados Unidos de Norte-

américa, la importancia de una adecuada capacitación del personal que otorga el Control Prenatal para una mejor calidad en la atención; se valora también la importancia y efectividad de la regionalización de los servicios de atención prenatal. Se señala el mejoramiento de la calidad y costo de la atención prenatal en pequeños hospitales rurales. Lo anterior se evalúa en base a la morbilidad materno-infantil. (6) (9) (8) (10).

En el artículo realizado en Canadá, se valora el papel del Médico Familiar en la atención prenatal en pequeños hospitales rurales, así como la importancia de la regionalización de los servicios prenatales. (7).

De los 12 artículos restantes, se encuentran tres que están relacionados con la importancia de la educación para la salud en la comunidad, se plantea que en México ésta se concentra en la llamada Educación Primaria para la Salud que se basa en la educación directa a individuos y al público en general. (21). También se habla de la importancia de la participación de la comunidad en la manifestación y jerarquización de sus necesidades, que propicia un desarrollo más -

racional de los servicios de salud y una mayor cobertura, lo que les permite ser agentes de su propio desarrollo en vez de beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo. (22). Se contempla a su vez que las medidas de educación para la salud deben ser planeadas, de acuerdo al conocimiento y al respeto de las ideas, creencias, tradiciones, costumbres y hábitos de la comunidad; es fundamental que las técnicas y los procedimientos no se apliquen indiscriminadamente, se requiere el estudio específico del problema que afecta a cada grupo, se deben alear o crear los mecanismos más apropiados para cada colectividad, los métodos que han resultado exitosos en un lugar pueden fracasar en otro, en virtud de reconocer estas limitaciones es requisito para la educación para la salud - incrementar las investigaciones. (19).

Todo lo anterior en realidad, apoya la justificación que los investigadores están dando para su estudio, ya que en México ha habido poca oportunidad de participación de la comunidad para expresar sus necesidades y la jerarquización de las mismas y, generalmente se ha subestimado lo que el individuo y la colectividad representan como un insumo en la solución de ---

problemas de salud. (22).

Tres de los artículos están realizados en países de La tinoamérica como Panamá y Guatemala y otro en comuni- dades rurales de Africa. Estos artículos están rela-- cionados con la utilización de recursos humanos, espe-- cialmente aquéllos que provienen de la comunidad, co-- mo son las parteras tradicionales en zonas rurales; es tas mujeres son de gran importancia, ya que son una -- fuer te primaria de atención para las madres y recién - nacidos y que por razones culturales, geográficas y -- económicas es difícil reemplazarlas. Por lo tanto, es importante que las instituciones de salud mantengan es trecho contacto con la partera y le proporcionen adieg tramiento. Tal adiestramiento, si se prepara con cui-- dado puede producir beneficios a largo plazo, tanto pa ra la salud de la mujer del medio rural como para la - situación social de un importante grupo de mujeres ru-- rales económicamente activas. (13) (15) (16).

Los dos siguientes artículos fueron realizados por el Instituto Mexicano del Seguro Social en México, en uno de ellos se mencionan algunos datos acerca del Control Prenatal, como son la importancia de la Historia Clínica

cuáles son los factores que hacen que un embarazo normal se convierta en un embarazo de alto riesgo, la importancia del estado de nutrición, así como la influencia de los factores socioculturales y económicos en la evolución del embarazo. (11).

Otro artículo se refiere a la repercusión de la atención del Médico Familiar en el medio rural, encontrándose un incremento notable en los programas de medicina preventiva. (17).

Un solo artículo realizado en México por el IMSS, habla de las implicaciones socioculturales en la medicina perinatal, analiza la mortalidad perinatal de las diferentes áreas geoeconómicas del país relacionando la edad, talla, peso, escolaridad, estado civil, número de gestaciones de la mujer embarazada y ocupación del padre. (18).

Con esta revisión bibliográfica se comprueba el déficit de artículos relacionados con la atención prenatal en área rural a nivel mundial y en especial en México.

II. OBJETIVOS

1. Mencionar la frecuencia del Control Prenatal en las comunidades de Santa Bárbara A. y Zumpango en el Estado de Tlaxcala.
2. Investigar la influencia de los recursos humanos en salud.
3. Determinar la influencia de la familia en el Control Prenatal.
4. Determinar las características de las mujeres -- que efectúan o no Control Prenatal y de sus parejas.

III. PLANES PARA LLEVAR A CABO LA INVESTIGACION

III.1 Tipo de Estudio.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, que intenta proporcionar una imagen instantánea de las características del Control Prenatal en las comunidades de Santa Bárbara A. y Zumpango, en el Estado de Tlaxcala.

III.2 Población, Lugar y Tiempo de Estudio.

La comunidad de Santa Bárbara Acuicuzcatepec, Estado de Tlaxcala, se encuentra aproximadamente a 20 minutos de la Ciudad de Apizaco; cuenta con accesibilidad a los servicios de salud en el poblado desde 1983, inicialmente con médico pasante y posteriormente por residentes de tercer año de Medicina General Familiar; aunque algunas gentes de la comunidad, debido a la cercanía acuden a la Ciudad de Apizaco, Tlaxcala o Puebla a recibir atención médica desde antes que se estableciera el servicio médico permanente en la comunidad.

Tiene una población de 748 habitantes en un total de

98 viviendas agrupadas.

La comunidad de Zumpango, Estado de Tlaxcala, se encuentra localizada aproximadamente a 45 minutos de la Ciudad de Apizaco, con servicio médico permanente desde 1984, iniciado por residentes de tercer año de Medicina General Familiar. Algunos de sus habitantes acuden a recibir atención médica en Apizaco, -- Trasquila y Atlangatepec desde antes de que existiera el servicio médico permanente en la comunidad.

Cuenta con 739 habitantes en un total de 146 viviendas, las cuales se encuentran distribuidas en forma dispersa; las más alejadas de la Casa de Salud, se encuentran aproximadamente a hora y media o dos horas caminando.

El estudio se realizó en el mes de febrero de 1986.

Se incluyeron en el estudio a todas las mujeres entre la segunda y quinta décadas de la vida, con vida sexual activa y que hubieran tenido algún embarazo, sin importar religión, estado civil, escolaridad, --

ocupación, lugar de nacimiento y residencia, ni las características de su pareja. Se excluyeron de este estudio a todos los habitantes de estas comunidades que por cualquier razón salían del patrón establecido y a las que no aceptaron contestar en forma voluntaria.

III.3 Información que se va a Recolectar.

Se sabe que los factores socioeconómicos y culturales tienen una influencia decisiva en la evolución del embarazo y en la morbilidad perinatal. En este estudio se investigaron principalmente las condiciones socioculturales, como son la escolaridad, ocupación, estado civil, religión, lugar de nacimiento y residencia tanto de las mujeres en estudio como de sus parejas; así como su edad.

También fueron investigados los antecedentes ginecológicos especificando el número de embarazos, si tuvieron o no Control Prenatal (tomando como tal, cuando las revisiones médicas se iniciaban durante el primer trimestre de gestación, las visitas se efectuaban

por lo menos cada mes y eran realizadas por un médico).

Se preguntaron las opiniones de la pareja sexual y de las respectivas familias de origen, con respecto al Control Prenatal en forma indirecta por medio de la mujer en estudio. (Ver cuestionario, Anexo No. 2).

III.4 Método de Observación o Medición.

La recolección de los datos se realizó durante el mes de febrero de 1986 en las dos comunidades en estudio, (Santa Bárbara A. y Zumpango, Estado de Tlaxcala), por medio de la aplicación de un cuestionario (Anexo No. 2) durante una entrevista personal efectuada por los médicos residentes de tercer año de Medicina General Familiar (investigadores) y las enfermeras asignadas en estas comunidades, previo adiestramiento del personal encargado de aplicar los cuestionarios (Anexo No. 3).

La entrevista se realizó casa por casa en la totalidad de las viviendas de los dos poblados, aplicando el cuestionario exclusivamente a las personas que reunían todos los requisitos para ser incluidas en el estudio

y que aceptaron contestarlo.

III.5 Consideraciones de Problemas Eticos.

Se puede herir la susceptibilidad de las personas entrevistadas, debido a que este tipo de temas en el medio rural no son fácilmente abordados. Se tratará de evitar, explicando a las personas elegidas, en qué -- consiste el cuestionario y el motivo de su realización, además de que en caso de no estar de acuerdo no se les obligará a responder.

III.6 Desarrollo del Instrumento de Estudio.

Se realizó un cuestionario (Anexo No. 2), en el cual se incluyen las preguntas para obtener toda la información que requiere la investigación. También se realizó un instructivo de llenado (Anexo No. 3), que fue dado a conocer a las cuatro personas que intervinieron en la recolección de datos.

III.7 Planes para el Análisis.

El recuento de datos se efectuó por medio del sistema de palotes. La presentación de la información se realizó con la elaboración de tablas estadísticas, gráficas sectoriales, gráficas de barras simples y gráficas de barras agrupadas, analizando los datos con medidas de estadística descriptiva, principalmente medidas de resumen, tendencia y dispersión.

IV. RESULTADOS

Se realizaron un total de 140 encuestas en las dos poblaciones en estudio, encontrando que un 50.7% de las mujeres llevaron Control Prenatal en alguno de sus embarazos, y un 49.2% no acudió a Control Prenatal en ninguno de ellos. (Cuadro No. 1 y Gráfica No. 1).

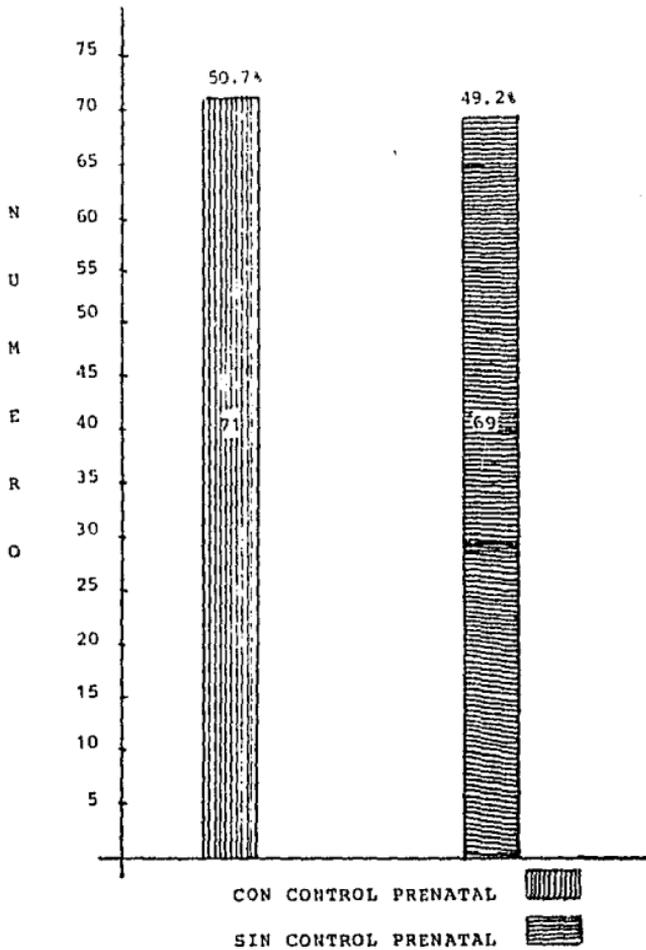
Cuadro No. 1

MUJERES CON Y SIN CONTROL PRENATAL

	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Con Control Prenatal	35	36	71	50.7
Sin Control Prenatal	25	44	69	49.2
T o t a l	60	80	140	100.0

Gráfica No. 1

MUJERES CON Y SIN CONTROL PRENATAL



A. Se recolectaron datos socioculturales, entre los que se tienen:

1. La edad de las mujeres entrevistadas y sus parejas sexuales.

Se encontró una diferencia no significativa -----
($P > 0.05$ $\chi^2 = 2.44$) entre las mujeres que llevaron Control Prenatal y las que no lo llevaron. En las primeras existe un 52.1% en el grupo de la tercera década de la vida, siguiéndolos con un 28.1% las de la cuarta década. (Cuadro No. 2).

Cuadro No. 2

EDAD DE LAS MUJERES CON CONTROL PRENATAL

<u>E d a d</u>	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
11 - 20	3	2	5	7.0
21 - 30	20	17	37	52.1
31 - 40	7	13	20	28.1
41 - 50	5	4	9	12.6
Total	35	36	71	100.0

En el segundo grupo se observó que existe un 30.4% en cada una de la tercera, cuarta y quinta décadas de la vida y 8.6% en la segunda década. (Cuadro No. 3).

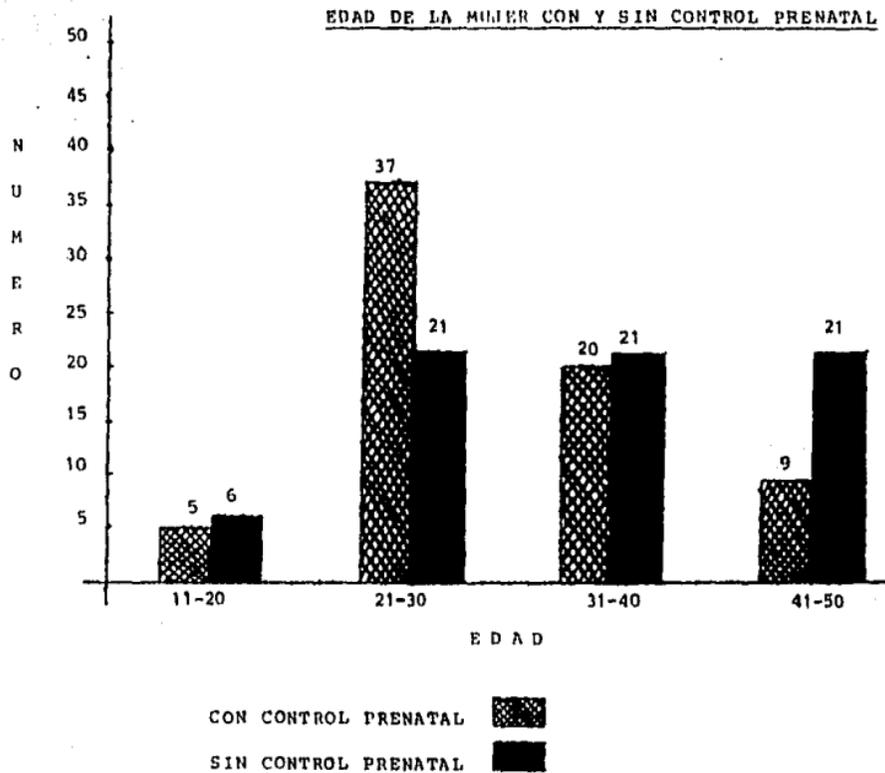
Cuadro No. 3

EDAD DE LAS MUJERES SIN CONTROL PRENATAL

<u>E d a d</u>	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
11 - 20	5	1	6	8.6
21 - 30	3	18	21	30.4
31 - 40	7	14	21	30.4
41 - 50	10	11	21	30.4
Total	25	44	69	100.0

Al compararlos por grupo de edad se puede observar que en la tercera década de la vida predominan las mujeres con Control Prenatal, en la segunda y tercera décadas no hay una diferencia importante, en la quinta década predominaron las mujeres sin Control Prenatal. (Gráfica No. 2).

Gráfica No. 2



Las parejas sexuales de las mujeres que llevaron Control Prenatal, se encuentran entre la tercera y octava décadas de la vida, predominando en la - tercera y cuarta décadas con 42% y 30.4%, respectivamente, siendo similares en ambas poblaciones. (Cuadro No. 4).

Cuadro No. 4

EDAD DE LAS PAREJAS SEXUALES DE MUJERES CON CONTROL PRENATAL

<u>E d a d</u>	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
21 - 30	15	14	29	42.0
31 - 40	9	12	21	30.4
41 - 50	6	7	13	18.8
51 - 60	3	2	5	7.2
61 - 70	0	0	0	0.0
71 - 80	1	0	1	1.4
Total	34	35	69	100.0

Las parejas sexuales de las mujeres que no llevaron Control Prenatal se encontraron entre la segunda y octava décadas de la vida con predominio de la quinta y tercera décadas con 30.1% y 28.5% respectivamente. (Cuadro No. 5).

Cuadro No. 5

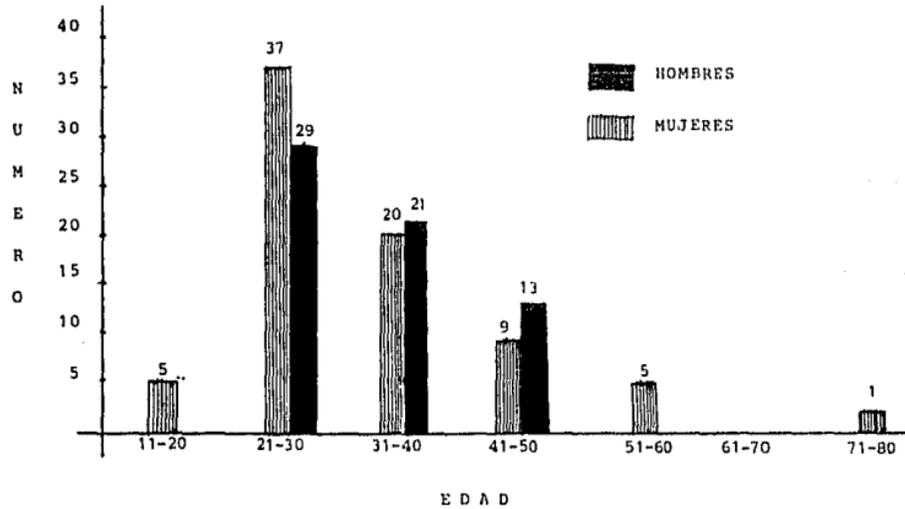
EDAD DE LAS PAREJAS SEXUALES DE MUJERES SIN CONTROL PRENATAL

<u>E d a d</u>	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>T o t a l</u>	<u>%</u>
11 - 20	0	1	1	1.5
21 - 30	4	14	18	28.5
31 - 40	9	5	14	22.2
41 - 50	5	14	19	30.1
51 - 60	3	5	8	12.6
61 - 70	0	1	1	1.5
71 - 80	2	0	2	3.1
T o t a l	23	40	63	100.0

Al comparar las edades de las mujeres con Control Prenatal y sus parejas sexuales, se observó que predominan en la tercera y cuarta décadas de la vida. (Gráfica No. 3).

Gráfica No. 3

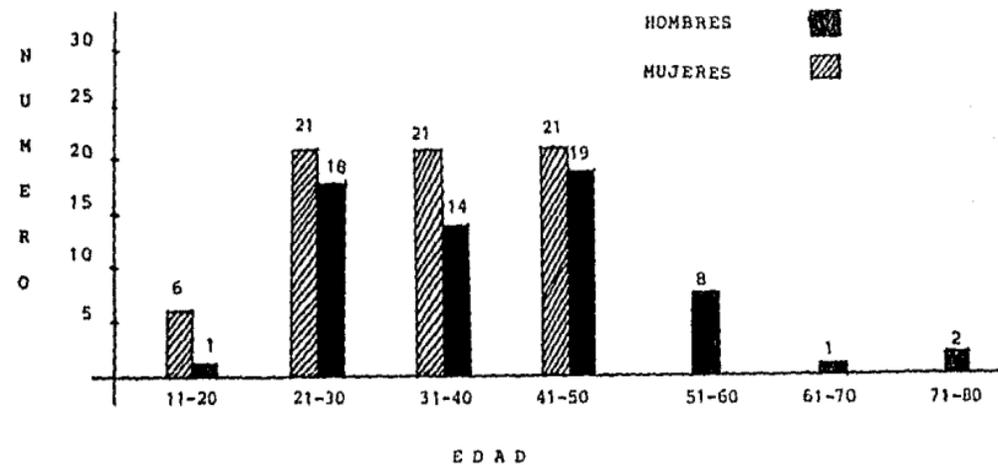
EDAD DE LA MUJER CON CONTROL PRENATAL Y SU PAREJA SEXUAL



En las mujeres sin Control Prenatal y sus parejas sexuales existió predominio entre la tercera y -- quinta décadas de la vida, sin diferencia impor-- tante entre las edades de uno y otro sexo. (Grá-- fica No. 4).

Gráfica No. 4

EDAD DE LA MUJER SIN CONTROL PRENATAL Y SU PAREJA SEXUAL.



2. En la ocupación de las mujeres entrevistadas, se observó que se dedicaban exclusivamente a las labores del hogar en más del 80%, y entre 12% y -- 18% a las labores del hogar y al campo, no existió diferencia entre las que llevaron Control -- Prenatal y las que no lo llevaron. (Cuadros Nos. 6 y 7) (Gráfica No. 5).

Cuadro No. 6

OCUPACION DE LAS MUJERES CON CONTROL PRENATAL

<u>Ocupación</u>	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Hogar	31	29	60	84.5
Hogar y Campo	2	7	9	12.6
Hogar y Otros	2	0	2	2.8
T o t a l	35	36	71	100.0

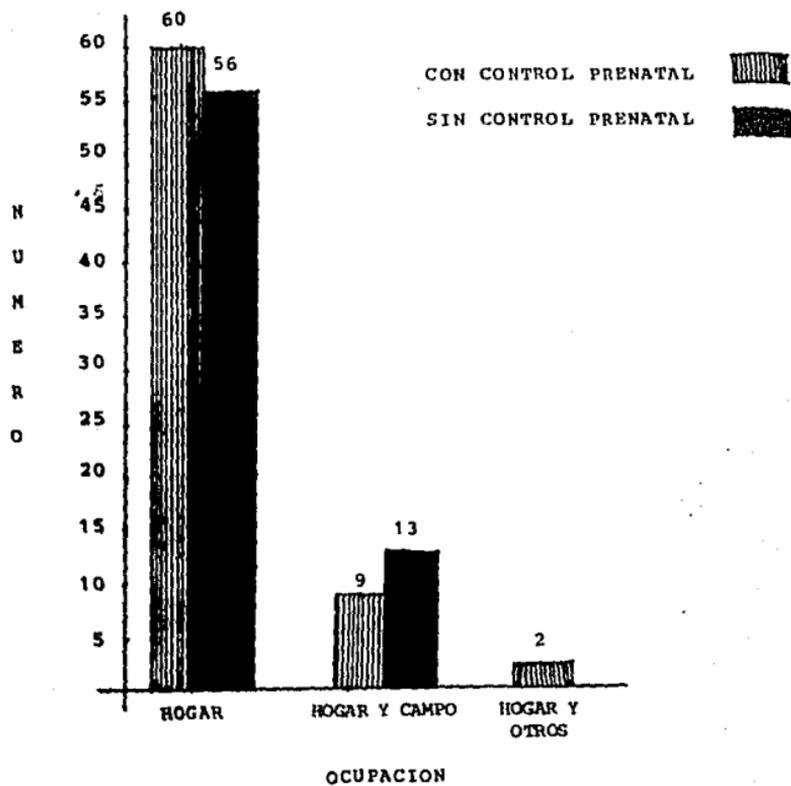
Cuadro No. 7

OCUPACION DE LAS MUJERES SIN CONTROL PRENATAL

<u>Ocupación</u>	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Hogar	20	36	56	81.1
Hogar y Campo	5	8	13	18.8
T o t a l	25	44	69	100.0

Gráfica No. 5

OCUPACION DE LA MUJER CON Y SIN
CONTROL PRENATAL



La ocupación de las parejas sexuales de las mujeres con y sin Control Prenatal, fueron en su mayoría campesinos 60.8% y 77.7% respectivamente, el segundo lugar lo ocupan los que se dedicaron a -- campesinos y empleados 14.4%, campesinos y obreros 12.6% respectivamente. (Cuadros Nos. 8 y 9).

Es importante mencionar que independientemente de otras ocupaciones, todas las parejas sexuales se dedicaban en algún momento al campo.

Cuadro No. 8

OCUPACION DE LA PAREJA SEXUAL DE MUJERES CON CONTROL PRENATAL

<u>Ocupación</u>	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Campeſinos	20	22	42	60.8
Campeſinos y Empleados	4	6	10	14.4
Campeſinos y Choferes	4	0	4	5.7
Campeſinos y Obreros	4	2	6	8.6
Campeſinos y Comerciantes	2	3	5	7.2
Campeſinos y Albañiles	-	2	2	2.8
T o t a l	34	35	69	100.0

Cuadro No. 9

OCUPACION DE LA PAREJA SEXUAL DE MUJERES SIN CONTROL PRENATAL

<u>Ocupación</u>	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Campeños	18	31	49	77.7
Campeños y Obreros	2	6	8	12.6
Campeños y Choferos	0	2	2	3.1
Campeños y Comerciantes	2	0	2	3.1
Campeños y Empleados	1	1	2	3.1
T o t a l	23	40	63	100.0

3. Con respecto a la escolaridad, se puede observar -- que fue directamente proporcional escolaridad y -- Control Prenatal, aproximadamente una tercera parte (32.3%) de las mujeres con Control Prenatal tienen la primaria completa; 7% tienen estudios superiores a la primaria, como son secundaria, preparatoria o comercio; 53.5% no tienen la primaria completa, siendo mayor el número de mujeres con 3o. y 4o. grado de escolaridad. (Cuadro No. 10).

Cuadro No. 10

ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES CON CONTROL PRENATAL

<u>Escolaridad</u>	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Ninguna	2	3	5	7.0
Primero	1	1	2	2.8
Segundo	7	4	11	15.4
Tercero	6	7	13	18.3
Cuarto	1	7	8	11.2
Quinto	4	0	4	5.6
Sexto	13	10	23	32.3
Secundaria	0	1	1	1.4
Preparatoria	0	2	2	2.8
Otros	1	1	2	2.8
T o t a l	35	36	71	100.0

En las mujeres que no llevaron Control Prenatal solamente 12 (17.3%) terminó la primaria; 3 (4.2%) - tienen estudios de secundaria o comercio; 12 (17.3%) no tienen ninguna escolaridad y 42 (60.8%) no tienen primaria completa, siendo mayor el número de - mujeres con 1o. y 2o. grado de primaria. (Cuadro No. 11).

Cuadro No. 11

ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES SIN CONTROL PRENATAL :

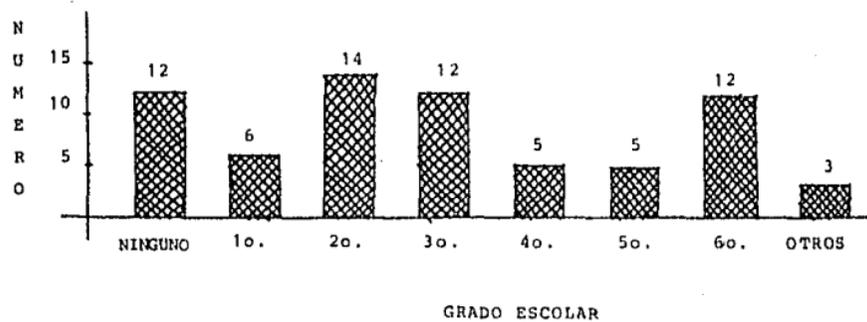
<u>Escolaridad</u>	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Ninguna	5	7	12	17.3
Primero	2	4	6	8.6
Segundo	7	7	14	20.2
Tercero	3	9	12	17.3
Cuarto	2	3	5	7.2
Quinto	1	4	5	7.2
Sexto	4	8	12	17.3
Secundaria	0	1	1	1.4
Otros	1	1	2	2.8
T o t a l	25	44	69	100.0

Si se observa a las mujeres que llevaron Control Prenatal con las que no lo hicieron en una misma gráfica, se puede ver una diferencia marcada sobre todo con las que no tienen ninguna escolaridad, ahí se tiene que 70.5% corresponde a las -- que no llevaron Control Prenatal y 29.4% a las -- que lo llevaron.

En las que terminaron la primaria el 65.7% lo -- ocupan las que llevaron Control Prenatal y 34.2% las que no llevaron. De las que no terminaron -- la primaria el 52.5% no llevó Control Prenatal y el 47.5% si lo llevó. En los estudios superiores a la primaria (otros) el 62.5% es de mujeres que llevaron Control Prenatal y 37.7% de las que no lo llevaron. (Gráficas Nos. 6 y 7).

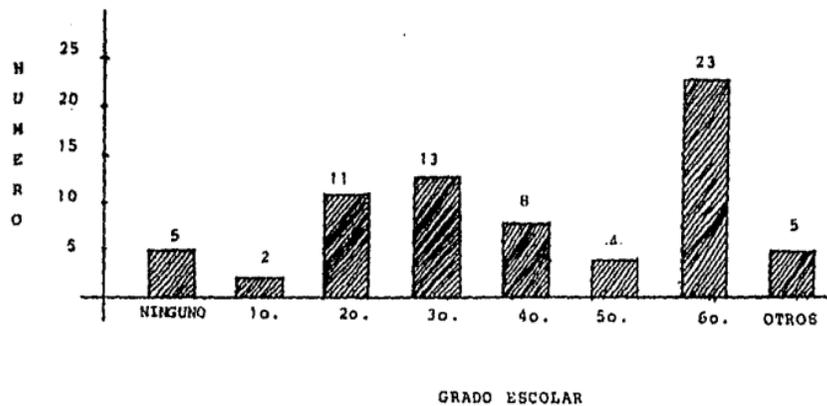
Gráfica No. 6

ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES SIN CONTROL PRENATAL



Gráfica No. 7

ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES CON CONTROL PRENATAL



La escolaridad de las parejas sexuales de las mujeres en estudio, también fue directamente proporcional al Control Prenatal. Se observó que las parejas sexuales de las mujeres que llevaron Control Prenatal tuvieron una escolaridad similar; 21 (30.4%) tienen primaria terminada, 6 (8.6%) no tienen ninguna escolaridad, 10 (14.4%) tienen secundaria o comercio y 32 (46.1%) no tienen primaria completa, siendo mayor el número en los últimos grados. (Gráfica No. 8) (Cuadro No. 12).

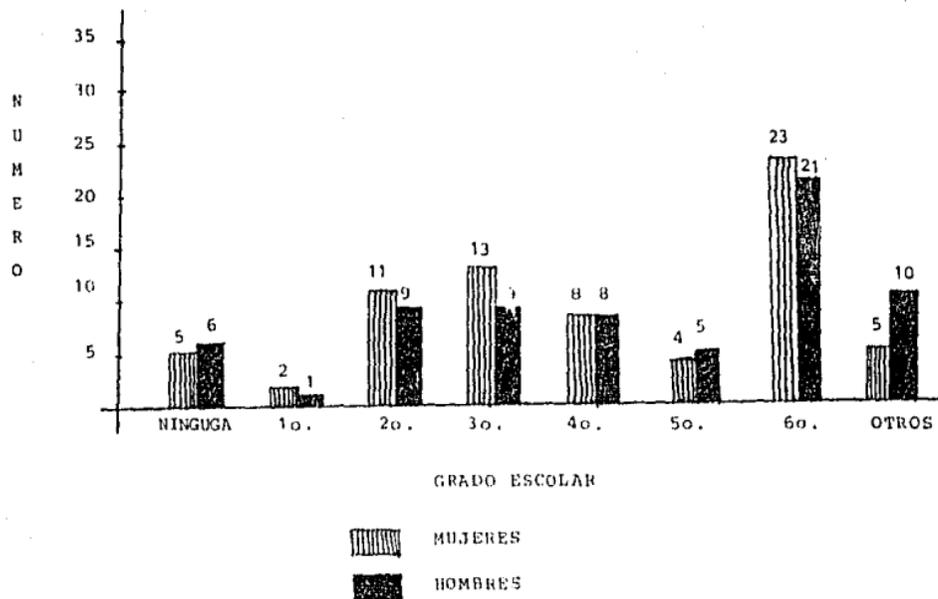
Cuadro No. 12

ESCOLARIDAD DE LAS PAREJAS SEXUALES DE LAS MUJERES CON CONTROL PRENATAL

<u>Escolaridad</u>	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Ninguna	1	5	6	8.6
Primero	0	1	1	1.4
Segundo	6	3	9	13.0
Tercero	1	8	9	13.0
Cuarto	3	5	8	11.5
Quinto	3	2	5	7.2
Sexto	14	7	21	30.4
Secundaria	5	4	9	13.0
Otros	1	0	1	1.4
T o t a l	34	35	69	100.0

Gráfica No. 8

ESCOLARIDAD DE MUJERES CON CONTROL PRENATAL Y SUS PAREJAS SEXUALES



La escolaridad de las parejas sexuales de las mujeres que no llevaron Control Prenatal, es al igual que en las mujeres, menor y también menor en referencia a sus mismas parejas. Existe mayor número de hombres sin ninguna escolaridad. Solamente 17 (26.9%) tienen primaria completa, 27 (42.5%) no la terminaron y su número es mayor en los primeros grados, 5 (7.7%) tienen estudios superiores a la primaria, entre los que están la secundaria, preparatoria y comercio. (Gráfica No. 9) (Cuadro No. 13).

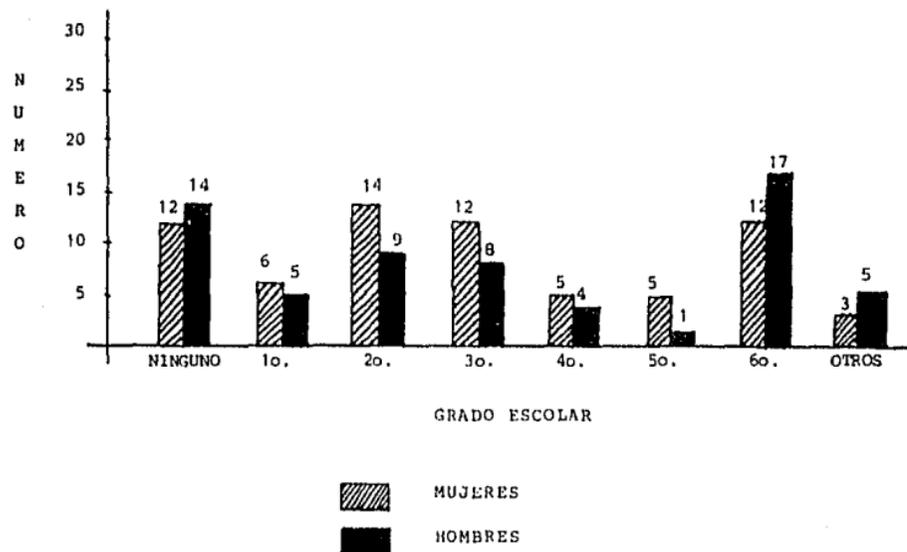
Cuadro No. 13

ESCOLARIDAD DE LAS PAREJAS SEXUALES DE LAS MUJERES SIN CONTROL PRENATAL

<u>Escolaridad</u>	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Ninguna	5	9	14	22.2
Primero	1	4	5	7.9
Segundo	5	4	9	14.2
Tercero	5	3	8	12.6
Cuarto	1	3	4	6.3
Quinto	0	1	1	1.5
Sexto	5	12	17	26.9
Secundaria	0	3	3	4.7
Preparatoria	0	1	1	1.5
Otros	1	0	1	1.5
T o t a l	23	40	63	100.0

Gráfica No. 9

ESCOLARIDAD DE MUJERES SIN CONTROL PRENATAL Y SUS PAREJAS SEXUALES



4. El estado civil de las mujeres con Control Prenatal estuvo representado en su mayoría por mujeres casadas 60 (84.5%), 10 en unión libre (14%) y una viuda (1.4%).

Las mujeres que no llevaron Control Prenatal, -- también estuvieron representadas por mujeres casadas 55 (79.7%); 5 (7.2%) en unión libre y 3 -- (4.3%) viudas. Sin embargo, cabe hacer notar -- que en este grupo 6 mujeres, o sea el 8.6% fueron madres solteras. (Cuadros Nos. 14 y 15) (Gráfica No. 10).

Cuadro No. 14

ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES CON CONTROL PRENATAL

<u>Estado Civil</u>	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Casadas	26	34	60	84.5
Unión Libre	8	2	10	14.0
Viudas	1	0	1	1.4
T o t a l	35	36	71	100.0

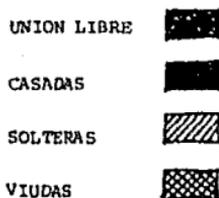
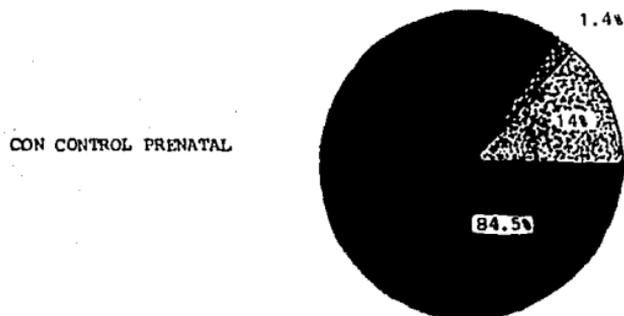
Cuadro No. 15

ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES SIN CONTROL PRENATAL

<u>Estado Civil</u>	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Solteras	2	4	6	8.6
Casadas	16	39	55	79.7
Unión Libre	5	0	5	7.2
Viudas	2	1	3	4.3
T o t a l	25	44	69	100.0

Gráfica No. 10

ESTADO CIVIL EN MUJERES CON Y SIN CONTROL PRENATAL



5. La religión de las mujeres en estudio y sus parejas sexuales fue predominantemente católica 99% y sólo una paciente que tuvo Control Prenatal refirió no tener ninguna religión al igual que su pareja.

6. En cuanto al lugar de nacimiento, la mayoría de las mujeres con Control Prenatal (76%) y sin Control Prenatal (69.5%) procedían de las comunidades en estudio, el 9.8% y 24.6% respectivamente, de otras comunidades del Estado de Tlaxcala, 1.4% que tuvieron Control Prenatal y 5.7% que no lo tuvieron procedían de otros estados de la Repú--blica Mexicana. (Cuadros Nos. 16 y 17).

Se encontró una distribución similar en las parejas sexuales.

Cuadro No. 16

LUGAR DE ORIGEN DE LAS MUJERES CON CONTROL PRENATAL

<u>Originarias de:</u>	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Comunidades en Estudio	27	27	54	76.0
Otras Comunidades del Estado de Tlaxcala	3	4	7	9.8
Otros Estados de México	5	5	10	14.0
T o t a l	35	36	71	100.0

Cuadro No. 17

LUGAR DE ORIGEN DE LAS MUJERES SIN CONTROL PRENATAL

<u>Originarias de:</u>	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Comunidades en Estudio	17	31	48	69.5
Otras Comunidades del Estado de Tlaxcala	8	9	17	24.6
Otros Estados de México	0	4	4	5.7
T o t a l	25	44	69	100.0

7. De las mujeres entrevistadas, todas radicaban en las comunidades en estudio, solamente las parejas sexuales radicaban temporalmente (en algunos casos la mayor parte del tiempo, fuera de la comunidad). Seis de las parejas sexuales de las mujeres que llevaron Control Prenatal y cuatro de las que no lo llevaron eran los que radicaban fuera de la comunidad.

De seis de las parejas sexuales (una de las mujeres que llevó Control Prenatal y cinco de las que no lo llevaron) se desconocían los datos.

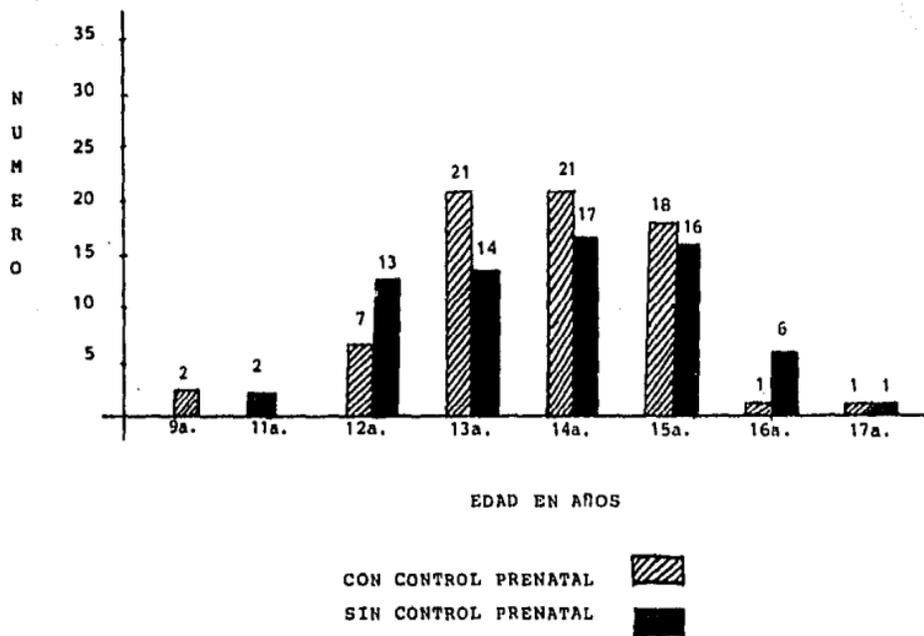
B. También se investigaron los siguientes antecedentes - ginecobstétricos, donde se encontraron los resultados enunciados a continuación:

1. No se observaron diferencias en cuanto al inicio de la menarca ni de la vida sexual activa en los dos grupos de mujeres en estudio. (Gráficas Nos. 11, 12 y 13).
2. Se investigó el número de gestaciones en todas las mujeres entrevistadas dividiéndolas en dos grupos: las que llevaron Control Prenatal en algún embarazo (71 mujeres) y las que no lo hacían (69 mujeres). Fue menor el número de embarazos en las mujeres -- que llevaron Control Prenatal (344) que en las que no lo llevaron (433).
3. La distribución en la terminación de los embarazos fue similar en los dos grupos. En primer lugar se encontraron los partos, en segundo los abortos, en tercero las cesáreas y por último los embarazos actuales.

Sólo se encontró un aumento en el número de los -- abortos en el grupo que no llevó Control Prenatal.

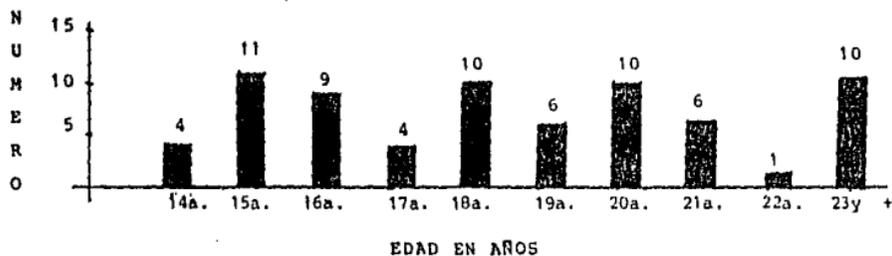
También se encontró un promedio menor de embarazos por persona en las mujeres que llevaron Control -- Prenatal (4.8), que en las que no lo hacían (6.2). (Cuadros Nos. 18 y 19) (Gráfica No. 14).

INICIO DE LA MENARCA EN LAS MUJERES
CON Y SIN CONTROL PRENATAL

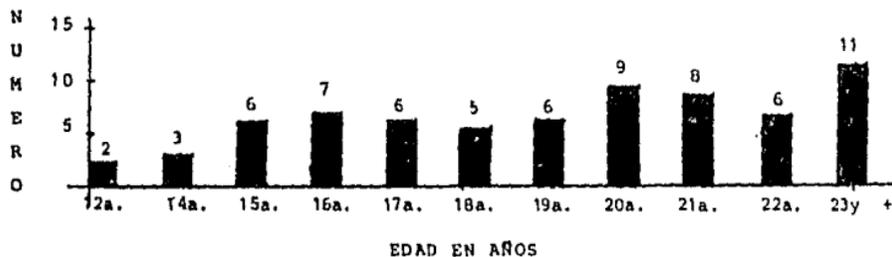


Gráfica No. 12

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA EN MUJERES CON CONTROL PRENATAL



INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA EN MUJERES SIN CONTROL PRENATAL



Cuadro No. 18

NUMERO DE GESTACIONES Y SU TERMINACION EN
MUJERES CON CONTROL PRENATAL

	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Partos	150	165	315	91.5
Abortos	5	13	18	5.2
Cesáreas	0	5	5	1.4
Embarazos Actuales	3	3	6	1.7
Total de Gestaciones	158	186	344	100.0

Cuadro No. 19

NUMERO DE GESTACIONES Y SU TERMINACION EN
MUJERES SIN CONTROL PRENATAL

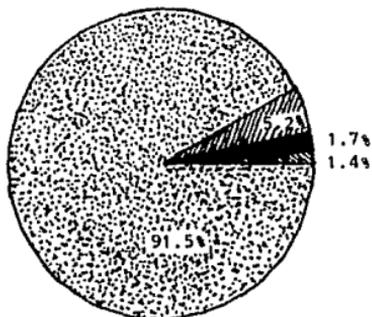
	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Partos	147	245	392	90.5
Abortos	8	24	32	7.3
Cesáreas	3	3	6	1.3
Embarazos Actuales	0	3	3	0.6
Total de Gestaciones	158	275	433	100.0

Gráfica No. 14

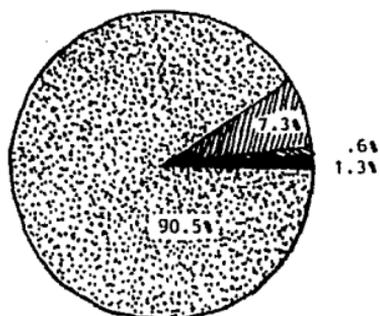
PORCENTAJE DE PARTOS, ABORTOS, CESAREAS Y EMBARAZOS ACTUALES

EN MUJERES CON Y SIN CONTROL PRENATAL

CON CONTROL PRENATAL



SIN CONTROL PRENATAL



PARTOS



ABORTOS



CESAREAS



EMBARAZOS ACTUALES



4. Se elaboró un cuadro en el que se incluyó al grupo de mujeres que había llevado Control Prenatal en algún embarazo. Se clasificaron estos embarazos en aquellos en los que se llevó Control Prenatal y en los que no lo llevaron, se encontró un total de 344 embarazos de los cuales 157 (45.6%) tuvieron Control Prenatal y 187 (54.3%) no lo tuvieron. (Cuadro No. 20).

Cuadro No. 20

GRUPO DE MUJERES QUE LLEVARON CONTROL PRENATAL
CLASIFICACION DE EMBARAZOS CON Y SIN CONTROL PRENATAL

	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Embarazos con				
Control Prenatal	75	82	157	45.6
Embarazos sin				
Control Prenatal	83	104	187	54.3
T o t a l	158	186	344	100.0

De los 187 embarazos sin Control Prenatal, 112 -
 (59.8%) recibieron atención por partera, 55 ---
 (29.4%) atención médica irregular y 20 (10.6%) -
 no tuvieron ninguna atención. (Cuadro No. 21).

Cuadro No. 21

GRUPO DE MUJERES QUE LLEVARON CONTROL PRENATAL
EMBARAZOS SIN CONTROL PRENATAL
Y RECURSO PARA SU ATENCION

	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Atendidos por				
Partera	48	64	112	59.8
Atendidos por				
Médico	30	25	55	29.4
Sin Atención	5	15	20	10.6
T o t a l	83	104	187	100.0

Del grupo de mujeres que no llevaron atención en ningún embarazo 288 (66.5%) recibió atención por partera, 113 (26%) atención por médico en forma irregular y 32 (7.3%) no recibieron ninguna atención. (Cuadro No. 22).

Cuadro No. 22

GRUPO DE MUJERES SIN CONTROL PRENATAL
EMBARAZOS SIN CONTROL PRENATAL
Y RECURSO PARA SU ATENCION

	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Embarazos Atendidos por Partera	80	208	288	66.5
Embarazos Atendidos por Médico	70	43	113	26.0
Embarazos sin Atención	8	24	32	7.3
Embarazos Totales	158	275	433	100.0

5. La fecha de inicio del Control Prenatal, fue variable, encontrándose la mayor frecuencia durante el segundo mes con 62 (39.7%), seguido por el inicio durante el tercer mes con 59 (37.8%) y por último el inicio en el primer mes con 35 (22.4%). (Cuadro No. 23).

Cuadro No. 23

INICIO DEL CONTROL PRENATAL

	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Primer Mes	19	16	35	22.4
Segundo Mes	42	20	62	39.7
Tercer Mes	14	45	59	37.8
T o t a l	75	81	156	100.0

6. La frecuencia de las citas en el 100% de los casos fue cada mes.

C. En el instrumento de estudio que se manejó, se realizaron siete preguntas para que fueran contestadas en forma abierta por las mujeres entrevistadas.

1. En la primer pregunta se investigó si se consideraba importante el control médico, durante el embarazo.

Se encontró que en el grupo que llevó Control Prenatal en algún embarazo 68 (95.7%) de las mujeres lo consideraba importante y 3 (4.2%) no lo consideraba importante.

En este grupo 41 (57.7%) lo consideraban importante porque se estaba valorando el bienestar del binomio (madre-hijo), 18 (25.3%) por el bienestar - exclusivo del producto y 12 (16.9%) por al bienestar de la madre. (Cuadros Nos. 24 y 25).

Cuadro No. 24

GRUPO DE MUJERES CON CONTROL PRENATAL
CONSIDERACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA REVISION
MEDICA DURANTE EL EMBARAZO

	<u>Número</u>	<u>%</u>
Si lo Consideran Importante	68	95.7
No lo Consideran Importante	3	4.2
T o t a l	71	100.0

Cuadro No. 25

GRUPO DE MUJERES CON CONTROL PRENATAL
MOTIVOS POR LOS QUE CONSIDERA IMPORTANTE LA REVISION
MEDICA DURANTE EL EMBARAZO

	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Bienestar del Binomio	13	28	41	57.7
Bienestar del Producto	12	6	18	25.3
Bienestar de la Madre	10	2	12	16.9
T o t a l	35	36	71	100.0

Del grupo formado por las mujeres que nunca llevaron Control Prenatal 51 (73.9%) consideraron importante la revisión médica durante el embarazo y 18 (26%) contestaron en forma definitiva que no era importante.

De las que lo consideraban importante 30 (41.6%) dijeron que era por el bienestar del binomio, 10 (13.8%) por el bienestar del producto y 11 (15.2%) por el de la madre.

De las mujeres que contestaron que no era importante, 13 (18%) argumentaron que no se sentían mal, 4 (5.5%) que les daba pena acudir al médico, 3 (4.1%) que estaban muy lejos del médico y una sola de las mujeres (1.3%) que definitivamente no le interesaba. (Cuadros Nos. 26 y 27).

Cuadro No. 26

GRUPO DE MUJERES SIN CONTROL PRENATAL
CONSIDERACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA REVISION
MEDICA DURANTE EL EMBARAZO

	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Si lo Consideran				
Importante	12	39	51	73.9
No lo Consideran				
Importante	13	5	18	26.0
T o t a l	25	44	69	100.0

Cuadro No. 27

GRUPO DE MUJERES SIN CONTROL PRENATAL
MOTIVOS POR LOS QUE CONSIDERA IMPORTANTE LA REVISION
MEDICA DURANTE EL EMBARAZO

	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Si por el Bienestar del Binomio	4	26	30	41.6
Si por el Bienestar del Producto	4	6	10	13.8
Si por el Bienestar de la Madre	4	7	11	15.2
No porque les dá Pena	0	4	4	5.5
No porque no sé Sentían Mal	13	0	13	18.0
No porque Estaban Lejos	3	0	3	4.1
No porque no le Interesa	0	1	1	1.3
T o t a l	28	44	72	100.0

2. En la segunda pregunta se investigó en forma indirecta la opinión de la pareja sexual con respecto al control médico durante el embarazo.

En el grupo con Control Prenatal la mayoría de -- las mujeres respondió que su pareja la mandaba a revisión médica ignorando porqué (36.1%), seguido con 23.6% por los que decían que estaba bien para detectar los problemas del binomio y en tercer lugar con 22.2% los que opinaban que estaba bien -- por el bienestar del bebé.

Se encontró quienes opinaban que no les interesaba, que estaba bien por el bienestar materno, que no les gustaba que acudieran al médico, también -- quien definitivamente no opinaba o que no habían estado con ellas durante el embarazo. (Cuadro No. 2B).

Cuadro No. 28

OPINION DE LAS PAREJAS SEXUALES DE LAS MUJERES
CON CONTROL PRENATAL ACERCA DE LA REVISION
MEDICA DURANTE EL EMBARAZO

	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Qué está bien para el Bienestar del Niño	10	6	16	22.5
Está bien para Detectar Problemas del Binomio	8	9	17	23.9
La Manda pero no le Dica Porque	13	12	25	35.2
No le Interesa	0	1	1	1.4
Está bien por el Bienestar Materno	0	6	6	8.4
No le Gusta que Acuda al Doctor	1	1	2	2.8
No Estuvo con Ella Durante el Embarazo	0	1	1	1.4
No Opinaba	3	0	3	4.2
T o t a l	35	36	71	100.0

En el grupo sin Control Prenatal se sumaron nueve respuestas diferentes, siendo la más frecuente en la que referían que estaba bien por el bienestar materno con 32.8%, en segundo lugar los que las mandaban pero no decían por qué con 22.8% y en tercer lugar los que no opinaban. También se encontró quienes opinaban que no les gustaba que acudieran al médico, a quienes no les interesaba, que estaba bien para detectar problemas -- del binomio, que estaba bien por el bienestar -- del producto, parejas que no estuvieron con ellas durante todo el embarazo y una sola persona que refirió no estar de acuerdo porque se gastaba dinero. (Cuadro No. 29).

Cuadro No. 29

OPINION DE LAS PAREJAS SEXUALES DE LAS MUJERES
SIN CONTROL PRENATAL ACERCA DE LA REVISION
MEDICA DURANTE EL EMBARAZO

	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Que está bien para el Bienestar del Niño	0	1	1	1.4
Está bien para Detectar Problemas del Binomio	0	4	4	5.7
La Manda pero no le Dice por qué	7	9	16	23.1
No le Interesa	2	3	5	7.2
Está bien por el Bienestar Materno	4	19	23	33.3
No le Gusta que Acuda al Doctor	4	3	7	10.1
No Estuvo con Ella Durante el Embarazo	0	4	4	5.7
No Opinaba	8	0	8	11.5
No está de acuerdo porque se Gasta Dinero	0	1	1	1.4
T o t a l	25	44	69	100.0

3. La tercera pregunta investigó la actitud de las parejas sexuales ante la visita al médico durante el embarazo.

En el grupo de las mujeres con Control Prenatal, se encontró que a 43.6% no las acompañaban a la visita médica, a 38.2% si las acompañaban y al 18.3% lo hacían ocasionalmente, argumentando -- falta de tiempo por su trabajo. (Cuadro No. 30).

Cuadro No. 30

GRUPO DE MUJERES CON CONTROL PRENATAL
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES QUE LAS ACOMPAÑAN
A REVISION MEDICA DURANTE EL EMBARAZO

	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
La Acompañan	8	19	27	38.0
No la Acompañan	20	11	31	43.6
Ocasionalmente por su Trabajo	7	6	13	18.3
T o t a l	35	36	71	100.0

Los motivos por los que acompañaban o no a las mu
jeres a su revisión médica, fueron diversos; siendo
do los más frecuentes los que no las acompañaban
por impedírseles el trabajo con 32.3%, los que refe
rían que las acompañaban porque les gustaba con
19.7% y 30.9% los que las acompañaban por interés
de saber como estaba el binomio. (Cuadro No. 31).

Cuadro No. 31

GRUPO DE MUJERES CON CONTROL PRENATAL
MOTIVOS POR LOS CUALES LAS MUJERES SON ACOMPAÑADAS
POR SU PAREJA SEXUAL A LA REVISION MEDICA
DURANTE EL EMBARAZO

	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Le Interesa la Salud de la Madre	2	1	3	4.2
Le Gustaba	3	11	14	19.7
Quería Saber como Estaba el Binomio	10	12	22	30.9
Para que no Vaya Sola	0	1	1	1.4
No porque no Estaba	0	1	1	1.4
No Sabe porque	1	0	1	1.4
No porque no le Gusta	4	2	6	8.4
No por su Trabajo	15	8	23	32.3
T o t a l	35	36	71	100.0

En el grupo sin Control Prenatal, el 63.7% no era acompañada por su pareja a la revisión médica, -- 20.2% si era acompañada y un 15.9% sólo en forma ocasional. (Cuadro No. 32).

Cuadro No. 32

GRUPO DE MUJERES SIN CONTROL PRENATAL
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES QUE LAS ACOMPAÑAN
A REVISION MEDICA DURANTE EL EMBARAZO

	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
La Acompañan	4	10	14	20.2
No la Acompañan	17	27	44	63.7
Ocasionalmente por su Trabajo	4	7	11	15.9
T o t a l	25	44	69	100.0

Los motivos para esas actitudes también fueron -
diversos, siendo los más frecuentes en los que -
no las acompañaban: en primer lugar por el trabajo
de las parejas 33.3%, en segundo lugar porque
querían saber como estaba el binomio 21.7% y en
tercer lugar porque no les gustaba 18.8%. (Cuadro
No. 33).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Cuadro No. 33

GRUPO DE MUJERES SIN CONTROL PRENATAL
MOTIVOS POR LOS CUALES LAS MUJERES SON ACOMPAÑADAS
POR SU PAREJA SEXUAL A LA REVISION MEDICA
DURANTE EL EMBARAZO

	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Le Interesa la				
Salud de la Madre	1	3	4	5.7
Le Gustaba	1	4	5	7.2
Quería Saber como				
Estaba el Binomio	6	9	15	21.7
No porque no Estaba	1	4	5	7.2
No Sabe porque	3	1	4	5.7
No porque no le Gusta	5	8	13	18.8
No pcr su Trabajo	8	15	23	33.3
T o t a l	25	44	69	100.0

4. La cuarta pregunta está encaminada a conocer la opinión o actitud de las familias de origen, ante las visitas para revisión médica de la mujer embarazada.

Se encontraron tres tipos de actitudes en las -- dos familias de origen: a) no opinaban, b) esta ban de acuerdo y c) no estaban de acuerdo.

En el grupo con Control Prenatal, las familias -- de las mujeres estuvieron de acuerdo en 84.5% y las de la pareja en 53.5%; no opinaron 14% y -- 33.8% respectivamente; no estuvieron de acuerdo 1.4% de las familias de las mujeres y 12.6% de las familias de las parejas. (Cuadros Nos. 34 y 35).

Cuadro No. 34

GRUPO DE MUJERES CON CONTROL PRENATAL
OPINION DE LAS FAMILIAS DE ORIGEN ACERDA DEL
CONTROL MEDICO DURANTE EL EMBARAZO

<u>Familia del Esposo</u>	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
No Opinan	13	11	24	33.8
Están de acuerdo	14	24	38	53.5
No están de acuerdo	8	1	9	12.6
T o t a l	35	36	71	100.0

Cuadro No. 35

<u>Familia de la Esposa</u>	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
No Opinan	4	6	10	14.0
Están de acuerdo	30	30	60	84.5
No están de acuerdo	1	0	1	1.4
T o t a l	35	36	71	100.0

En el grupo sin Control Prenatal, los resultados fueron similares en cuanto a las opiniones, tanto de las familias de las mujeres como las de -- sus parejas, en ambas el 52.1% estuvieron de -- acuerdo, 44.7% y 40.5% respectivamente no opina-- ron, el 2.8% de las familias de las mujeres y el 7.2% de las familias de las parejas no estuviere-- ron de acuerdo. (Cuadros Nos. 36 y 37).

Cuadro No. 16

GRUPO DE MUJERES SIN CONTROL PRENATAL
OPINION DE LAS FAMILIAS DE ORIGEN ACERCA DEL
CONTROL MEDICO DURANTE EL EMBARAZO

<u>Familia del Esposo</u>	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
No Opinan	13	15	28	40.5
Están de acuerdo	9	27	36	52.1
No están de acuerdo	3	2	5	7.2
T o t a l	25	44	69	100.0

Cuadro No. 37

<u>Familia de la Esposa</u>	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
No Opinan	15	16	31	44.7
Están de acuerdo	9	27	36	52.1
No están de acuerdo	1	1	2	2.8
T o t a l	25	44	69	100.0

5. La quinta pregunta investigó quienes acudían a revisión durante el embarazo con personas que no eran médicos y qué las motivaba a hacerlo.

Se encontró que las personas con las que asistían eran las parteras de sus respectivas comunidades.

En el grupo con Control Prenatal el 78.8% refirió acudir con la partera y el 21.1% no lo hacía. (Cuadro No. 38).

Cuadro No. 38

GRUPO DE MUJERES CON CONTROL PRENATAL
NUMERO DE MUJERES QUE ACUDEN DURANTE
EL EMBARAZO CON LA PARTERA

	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Si	29	27	56	78.8
No	6	9	15	21.1
Total	35	36	71	100.0

El motivo principal era para que "les acomodaran al niño" 73.2%, se observó un porcentaje similar en aquéllas que acudían tanto para que "les acomodaran al niño" y por que tenían más confianza a la partera como, en las que iban para que "les acomodaran al niño" y por falta de recurso médico 7.1%; al 5.3% las llevaba la suegra, también 5.3% acudían para que "les acomodaran al niño" y por falta de recursos económicos. (Cuadro No. 39).

Cuadro No. 39

GRUPO DE MUJERES CON CONTROL PRENATAL
MOTIVOS POR LOS CUALES LAS MUJERES ACUDEN
DURANTE EL EMBARAZO CON LA PARTERA

	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Para que la "Arreglen" y por Mayor Confianza	4	0	4	7.1
Para que la "Acomoden"	21	20	41	73.2
Para que la "Arreglen" y por Falta de Recursos Económicos	1	2	3	5.3
Para ver si está bien el Niño	0	1	1	1.7
La Llevaba su Suegra	2	1	3	5.3
Para que la "Arreglen" y por Falta de Recursos Médicos	1	3	4	7.1
T o t a l	29	27	56	100.0

En el grupo sin Control Prenatal 84% acudieron con la partera y 15.9% no lo hizo. (Cuadro No. 40).

Cuadro No. 40

GRUPO DE MUJERES SIN CONTROL PRENATAL
NUMERO DE MUJERES QUE ACUDEN DURANTE
EL EMBARAZO CON LA PARTERA

	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpano</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
<u>S i</u>	19	39	58	84.0
<u>N o</u>	6	5	11	15.9
<u>T o t a l</u>	25	44	69	100.0

Los motivos principales fueron: 53.4% para que --
 "les acomodaran al niño", 24.1% para que "les acom
 modaran al niño" y por tener más confianza con la
 partera, 10.3% para que "les acomodaran al niño"
 y por falta de recurso médico. (Cuadro No. 41).

Cuadro No. 41

GRUPO DE MUJERES SIN CONTROL PRENATAL
MOTIVOS POR LOS CUALES LAS MUJERES ACUDEN
DURANTE EL EMBARAZO CON LA PARTERA

	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Para que la "Arreglen" y por Mayor Confianza	6	8	14	24.1
Para que la "Acomoden"	9	22	31	53.4
Para que la "Arreglen" y por Falta de Recursos Económicos	1	3	4	6.8
Para ver si está bien el Niño	0	1	1	1.7
La Llevaba su Suegra	2	0	2	3.4
Para que la "Arreglen" y por Falta de Recursos Médicos	1	5	6	10.3
T o t a l	19	39	58	100.0

6. En la sexta pregunta se investigó si existía algún motivo en las mujeres en estudio que les impidiera acudir a revisión médica durante el embarazo.

En el grupo con Control Prenatal el 83% refirió que no existía ningún motivo para no ir. En el 17% restante los principales motivos para no acudir fueron: 7% por falta de tiempo, 5.6% por falta de recursos económicos.

Mencionaron otros motivos que les impidieron asistir como: flojera, pena y por influencia de la suegra, cada uno con 1.4% respectivamente. (Cuadro No. 42).

En el grupo sin Control Prenatal, a pesar de que no acudían en forma regular a revisión médica -- 52.1% refirió no tener ningún motivo que se lo impidiera, el 20.2% mencionó falta de tiempo y el 10.1% no acudía por pena. (Cuadro No. 43).

Cuadro No. 42

GRUPO DE MUJERES CON CONTROL PRENATAL
MOTIVOS POR LOS CUALES LAS MUJERES NO ACUDEN A
REVISION MEDICA DURANTE EL EMBARAZO

	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Ninguno	29	30	59	83.0
Por Falta de Tiempo	0	5	5	7.0
Por Flojera	0	1	1	1.4
Por Pena	1	0	1	1.4
Por Problema Económico	4	0	4	5.6
Por Influencia de la Suegra	1	0	1	1.4
T o t a l	35	36	71	100.0

Cuadro No. 43

GRUPO DE MUJERES SIN CONTROL PRENATAL
MOTIVOS POR LOS CUALES LAS MUJERES NO ACUDEN A
REVISION MEDICA DURANTE EL EMBARAZO

	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Ninguno	12	24	36	52.1
Por Falta de Tiempo	4	10	14	20.2
Por Flojera	0	3	3	4.3
Por Pena	0	7	7	10.1
No le Gusta	3	0	3	4.3
No se Sentía Mal	2	0	2	2.8
Por Problemas Económicos	4	0	4	5.7
T o t a l	25	44	69	100.0

7. En la séptima pregunta se investigó si las mujeres en estudio vivían con abuelas, madre o suegra y en caso afirmativo que actitud tenían éstas hacia la revisión médica durante el embarazo.

En el grupo con Control Prenatal el 78.8% vivían en familias nucleares, y el 21.1% restante en familias compuestas. (Cuadro No. 44).

Cuadro No. 44

GRUPO DE MUJERES CON CONTROL PRENATAL
TIPOS DE FAMILIA

	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Familia Nuclear	25	31	56	78.8
Familia Compuesta	10	5	15	21.1
T o t a l	35	36	71	100.0

Las situaciones más frecuentemente encontradas - fueron 26.6% las que vivían con la familia del - esposo y no interferían (no vivía la suegra) y - las que vivían con la suegra y las mandaba con - la partera y/o con el médico. Otra vivía con la madre y la llevaba al médico. (Cuadro No. 45).

Cuadro No. 45

GRUPO DE MUJERES CON CONTROL PRENATAL
ACTITUD EN LAS FAMILIAS COMPUESTAS ACERCA DE LA
REVISION MEDICA DURANTE EL EMBARAZO

	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Vive con la Familia del Esposo y no Interfiere (S/Suegra)	2	2	4	26.6
Vive con la Suegra y la Manda C/la Partera	2	0	2	13.3
Vive con la Suegra y la Manda con el Médico y la Partera	0	2	2	13.3
Vive con la Suegra y la Manda con el Médico	4	0	4	26.6
Vive con la Mamá y no Interfiere	2	0	2	13.3
Vive con la Mamá y la Lleva con el Médico	0	1	1	6.6
T o t a l	10	5	15	100.0

En el grupo sin Control Prenatal, el 86.9% vivía en familias nucleares y el 13% en familias compuestas. (Cuadro No. 46).

Cuadro No. 46

GRUPO DE MUJERES SIN CONTROL PRENATAL

TIPOS DE FAMILIA

	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Familia Nuclear	21	39	60	86.9
Familia Compuesta	4	5	9	13.0
T o t a l	25	44	69	100.0

Dentro de las familias compuestas fueron tres las situaciones encontradas: en primer lugar el 44.4% vivía con la suegra y la mandaba con el médico y la partera, en segundo lugar 33.3% vivía con la familia del esposo y no interfería (no vivía la suegra) y en tercer lugar 22.2% vivían con la madre y no interfería. (Cuadro No. 47).

Cuadro No. 47

GRUPO DE MUJERES SIN CONTROL PRENATAL
ACTITUDES EN LAS FAMILIAS COMPUESTAS ACERCA DE LA
REVISION MEDICA DURANTE EL EMBARAZO

	<u>Santa Bárbara</u>	<u>Zumpango</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Vive con la Familia del Esposo y no Interfiere (S/Suegra)	2	1	3	33.3
Vive con la Suegra y la Mandaba con el Médico y la Partera	0	4	4	44.4
Vive con la Mamá y no Interfiere	2	0	2	22.2
Total	4	5	9	100.0

V. CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos en esta investigación, podemos concluir que son pocos los embarazos en los que se lleva Control Prenatal en estas poblaciones. A pesar de que son aproximadamente el 50% de las mujeres entrevistadas quienes llevan Control Prenatal, fue poco menos de la mitad de sus embarazos los que tuvieron dicho control.

Existe influencia en la accesibilidad del recurso médico para que las mujeres acudan a Control Prenatal. El acceso al recurso médico antes de que existiera - en las comunidades era difícil, implicaba desplazarse a otros lugares, trayendo consigo una gran inversión de tiempo y dinero. Se encontró una mayor frecuencia de Control Prenatal en la comunidad que tenía más tiempo con recurso médico o que éste era más accesible en distancia a otras comunidades. Esta falta de accesibilidad también influye para que las mujeres acudan a revisión con las parteras empíricas - que radican en las comunidades, lo que les permite un ahorro de tiempo y dinero.

Es importante señalar la falta de confianza de la población hacia el médico, ya que se encontró que más

del 78% de las mujeres que llevaban Control Prenatal, - también acudían con la partera. Quizá, esto sea debido a que los médicos que trabajan en estas comunidades lo hacen en forma temporal (cambian cada cuatro meses) por lo que es difícil establecer una relación médico-paciente adecuada.

Esta es otra de las razones para que las mujeres acudan con la partera empírica, ya que son personas que viven en la comunidad y conocen sus costumbres, lo que implica una mejor relación y una mayor confianza.

A lo anterior, se agrega la falta de recursos económi--cos de las interesadas para desplazarse en caso necesario o para cubrir los honorarios médicos.

Las familias de las mujeres entrevistadas y de sus parejas sexuales influyeron en la decisión de llevar o no - Control Prenatal, a pesar de no vivir con ellas, ya que el 78.8% son familias nucleares.

Se encontró una mayor influencia en las familias de origen de las mujeres para que acudieran a Control Prenatal

en comparación con las familias de origen de las parejas sexuales, donde era más elevado el porcentaje que no opinaban o que definitivamente no estaban de acuerdo.

De las familias compuestas que se encontraron, 80% de ellas viven con la familia de origen de la pareja sexual, y en la mayoría de los casos están de acuerdo con que acuda al médico o no interfieren.

Las mujeres que llevaron Control Prenatal se caracterizaron por ser en su mayoría personas más jóvenes, entre la tercera y cuarta décadas de la vida, con predominio de la tercera década en forma similar a sus parejas sexuales.

No se encontró ninguna relación en cuanto a la ocupación y Control Prenatal, el 80% de las mujeres se dedican solamente a las labores del hogar y sus parejas sexuales exclusivamente a trabajar en el campo.

Una de las características que más influyó en el grupo de mujeres que llevaron Control Prenatal fue la escolaridad. Tienen mayor grado escolar, más mujeres --

terminaron la educación primaria y es menor el número de mujeres que no tienen ninguna escolaridad. Encontrando datos similares en sus parejas sexuales.

El estado civil tampoco influyó en el Control Prenatal. Predominaron las mujeres casadas y en unión libre, llamando la atención en este grupo la falta de madres solteras.

La religión, el lugar de nacimiento y de residencia tanto de las mujeres como de sus parejas sexuales -- tampoco influyeron.

Con respecto a su actitud ante el Control Prenatal, se encontró que la mayoría de estas mujeres consideran importante el Control Prenatal por el bienestar del binomio. El 90% de las parejas sexuales apoyan a este grupo de mujeres por las mismas razones o sin decir por qué las mandan a revisión.

Más del 50% de las parejas sexuales de este grupo -- acompañan a las mujeres a su visita médica aunque algunos lo hacían sólo en forma ocasional porque se --

los impedía el trabajo.

Los principales motivos para acompañarlas fueron porque les gustaba o por interés en el binomio.

VI. SUGERENCIAS

Tomando en cuenta las razones que se tuvieron para hacer la investigación, los objetivos, los resultados y las conclusiones a las que llegaron los investigadores, es importante aumentar la educación para la salud, proporcionar una mayor información a hombres y mujeres en área rural, y sobretodo insistir en aquéllos que tienen una menor escolaridad acerca de lo que es el Control Prenatal y su utilidad. Esta información se debe dar por medio de campañas locales y en forma personal en el consultorio por el equipo de salud.

Es importante que se aprovechen los recursos humanos disponibles, como son las parteras empíricas y las auxiliares de comunidad, en estos recursos se tiene la disponibilidad del mismo y una mayor confianza de las usuarias. Para que se tenga un mayor aprovechamiento se les debe dar adiestramiento y orientación continua, tratar de mantener las mejores relaciones posibles con el personal médico y paramédico, logrando así que trabajen en forma conjunta.

Las medidas anteriores son importantes para lograr poco a poco una mayor cobertura con el Programa de

Control Prenatal.

No se debe olvidar la importancia que tiene la realización de más estudios sobre el tema y que estos sean publicados.

Una de las sugerencias más importantes, es dar una mayor difusión a los diversos programas de regionalización que se están realizando (en este caso, los relacionados con el tema), para que sean conocidos y manejados por las personas involucradas, teniendo así una mayor utilidad.

A N E X O I

1. Ray SK.; Mukhopadhyay. Extent of utilisation of maternal care services of P.H.C. by the families of a nivel rural area. Indian J. Public Health - 1984. Jul. - Sep.; 28 (3): 1227.
2. Friezal J.; Daboise J. New drive for perinatal - prevention in agricultural social mutual insurance. Arch Pr. Pediatr. 1984 Nov.; 41 (9): 655-658.
3. Bhatra BD. A study of perinatal mortality rate - from rural based Medical College Hospital. Indian J. Pediatr. 1984 Mar. - Apr.; 51 (409); 165-171.
4. Berger L. R. Public / private cooperation in rural maternal child health efforts: The Lea County Perinatal Program. Tex Med 1984 Sep.; 80 (9): 54-57.
5. Lijestränd J.; Bergstr. Characteristics of pregnant women in Mozambique parity, child survival

- and socioeconomic status. Ups J. Med Sci 1984; 89 (2); 117-128.
6. Sprunger LW. Characteristics of prenatal interviews provided by pediatricians. Clin Pediatr. (Phila) 1981 Dec; 20 (12): 778-782.
 7. Murali J. Perception regarding need for ante-natal care among rural and urban women in Delhi. Indian J. Public Health 1980 Apr. - Jun.; 24 (2): 68-75.
 8. Azcona SC. Agent Characteristics and productivity in the Mexican rural health program. Stud -- Fam Plann 1980 Jul. - Aug.; (7-8) 247-254.
 9. Kamalamma A. Trends in utilisation of maternal - care services in a rural community. Nurs J. India 1979 Jun.; 70 (6): 162-164.
 10. Sigel E.; Gillings D. Planning and evaluation of regionalized perinatal care: a rural example. Semin Perinatal 1977 Jul.; 1 (13): 283-301.

11. Voorhoeva AM. Perinatal mortality and the risk - high approach in antenatal screening in a rural - area in Kenya. East Afr Med J. 1983 Sep.; 60 (9): 626-635.

12. Tzoumaka - Bakoula CE. A household study the pattern of utilisation of mother and child health services in rural Greece and variation by socio-economic status. Child Care Health Dev 1983 Mar. Apr.; 9 (2):85-95.

13. Voorhoeva AM. Machokos project studies. Agents -- affecting health of mother and child in a rural - area of Kenya. XXI. Antenatal and delivery care. Trop Geogr Med 1982. Mar.; 34 (1): 91-101.

14. Reid ML. Perinatal care and cost effectiveness: Changes in health expenditures and birth outcome following the establishment of a nurse-midwife - program. Med Care 1979 May.; 17 (5): 491-500.

A N E X O II

C U E S T I O N A R I O

1. Ficha de Identificación.

1.1 Edad de la mujer _____

1.2 Ocupación _____

1.3 Escolaridad _____

1.4 Estado Civil _____

1.5 Religión _____

1.6 Lugar de nacimiento _____

1.7 Lugar de residencia _____

2. Antecedentes Gineco-Obstétricos.

a) Menarca _____

b) IVSA _____

c) G _____ P _____ A _____ C _____

<u>Número de Embarazos</u>	<u>Control Prenatal</u>		<u>Desde Cuando</u>	<u>Frecuencia Citas</u>	<u>Por Quién</u>
	<u>SI</u>	<u>NO</u>			
-----	-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----	-----

3. Datos de la Pareja Sexual de la Entrevista.

3.1 Edad _____

3.2 Ocupación _____

3.3 Escolaridad _____

3.4 Religión _____

3.5 Lugar de nacimiento _____

3.6 Lugar de residencia _____

4. ¿Considera importante tener control médico durante su embarazo? ¿Por qué?

5. ¿Qué opina su pareja del Control Médico durante el embarazo?

6. ¿La acompaña? ¿Por qué?

7. ¿Qué opina su familia y la de su esposo acerca --
del Control Médico durante el embarazo?

8. ¿Por qué acude con otra persona que no sea el médico
durante su embarazo y para qué?

9. ¿Existe algún motivo que le impida acudir a revisión
durante el embarazo?

10. ¿Su abuela, madre o suegra viven con usted, de ser
así, qué opinan de que usted tenga Control Médico
durante su embarazo?

A N E X O III

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL CUESTIONARIO

(ANEXO II)

Se aplicará este cuestionario a todas las mujeres entre 1a., 2a y 3a. décadas de la vida, con vida sexual activa, que hubieran tenido algún embarazo y que aceptaran sin presiones responder a las preguntas.

La entrevista se llevará a cabo en el domicilio de la persona entrevistada previa autorización de la misma.

1. Ficha de Identificación.

1.1 Edad.

Se anotará la edad de la persona entrevistada en años cumplidos.

1.2 Ocupación.

Respuesta abierta.

1.3 Escolaridad.

Se especificará el grado de escolaridad.

1.4 Estado Civil.

Especificar si la entrevistada es madre soltera, casada, en unión libre o viuda.

1.5 Religión.

Respuesta abierta.

1.6 Lugar de nacimiento

Especificar población y estado.

1.7 Lugar de residencia.

Especificar población y estado.

2. Antecedentes gineco-obstétricos.

Especificar exclusivamente la edad de la menarca y el inicio de vida sexual activa (IVSA), en años -- cumplidos; número de gestaciones, partos, abortos y cesáreas.

2.1 Control Prenatal.

Se anotará en el siguiente cuadro de una manera progresiva el número de embarazos, en la primera columna se especificará la fecha de nacimiento, en la segunda columna se marcará con una "X", si se llevó o no Control Prenatal, en la tercera columna se especificará a partir

de que mes inició el Control Prenatal, en la cuarta columna anotar cada que período de -- tiempo acudía a su cita y en la quinta columna se anotará quién efectuaba las revisiones.

3. Datos de la pareja sexual de la entrevistada.

Se anotará la edad en años cumplidos; escolaridad, especificando el grado escolar; ocupación, reli-- gión, lugar de nacimiento y residencia, permitiendo contestaciones abiertas.

4. ¿Considera importante tener control médico durante su embarazo? ¿Por qué?

Se anotará Sí o No lo considera importante y con -- respuesta abierta el por qué.

5. ¿Qué opina su pareja del Control Médico durante el embarazo?

Respuesta abierta.

6. ¿La acompaña? ¿Por qué?

Se anotará Sí o No, y en forma abierta el por qué

7. ¿Qué opina su familia y la de su esposo acerca --
del Control Médico durante el embarazo?

Respuesta abierta.

8. ¿Por qué acude con otra persona que no sea el mé-
dico durante su embarazo y para qué?

Respuesta abierta.

9. ¿Existe algún motivo que lo impida acudir a revi-
sión durante el embarazo?

Respuesta abierta.

10. ¿Su abuela, madre o suegra viven con usted, de ser
así que opinan de que usted tenga Control Médico -
durante su embarazo?

Se anotará Sí o No y en la opinión se permitirá --
respuesta abierta.

Se considerará respuesta abierta cuando la entrevista-
da exprese sus ideas en forma libre, sin que el entre-
vistador indique o dirija la respuesta.

BIBLIOGRAFIA

1. Beck Alfred C. Práctica de Obstetricia
Editorial Prensa Médica Mexicana
Reimpresión 1977. Pág. 142.
2. Ginecología y Obstetricia
A.M.H.G.O. No. 3 IMSS. Méndez Oteo Editor
Segunda Edición. Pág. 79-80.
3. Wilson J. R. Obstetricia y Ginecología
Salvat Editores. 1975. Pág. 255.
4. Hellman M.L. Obstetricia
Editorial Salvat. Tercera Edición. Pág. 246.
5. Material del Curso de Estadística para Coordinadores del Módulo-Proyecto Docente Asistencial. UNAM.
6. Earl. Siegel M.D.A. Controlled evaluation of rural regional perinatal care: impact on mortality and morbidity. Am J. Public Health. 1985 Mar.; 75 -- (3): 246-253.

7. R. Ian Casson M.D. Prenatal risk assessment and -
obstetric care in a small rural hospital: compari
son with guidelines. Can Med Assoc J. 1984 May.
15; 130 (10): 1311-1315.
8. Mary Dannis Peoples, R.N. Measuring the impact of
programs for mothers and infants on prenatal care
and low birth weight: the value of refined analy-
ses. Med. Care 1983 Jun.; 21 (6): 586-608.
9. Howard G. Mc Quarris M.D. Quality and cost (edito-
rial). JAMA 1978 Nov. 3; 240 (19): 2082.
10. Hein A. Nerman, MD. The quality of perinatal care
in small rural hospitals. JAMA 1978 Nov. 3; 240 -
(19) 2070-2.
11. Alvarado Durán Alberto. Conceptos actuales de la
atención prenatal. Rev Med IMSS. 1981. Vol 19
(3) 275-276.
12. Mc Gregor Carlos. Conceptos de regionalización --
del manejo obtétrico y neonatal. Simposium Impli
caciones médico sociales. Gaceta Médica de México

IMSS. 1979. Vol 115 (4) 161-166.

13. Hernán Delgado. Modelo integrado y simplificado - de servicios de salud, nutrición y planificación familiar para zonas rurales. Bol of Sanit Panam Vol 94 (4). 1983. 362-378
14. Gibbons, et al. La mujer en la salud y el desarrollo. II. Bol of Sanit Panam. 1982. Vol 92 (2) -- 168-174.
15. Gibbons, et al. La mujer en la salud y el desarrollo. III. Bol of Sanit Panam. 1982. Vol 93 (6) 522-530.
16. Huevo M. Carlos. Utilización de los servicios de la madre y el niño y cobertura de la inmunización en Panamá. Bol of Sanit Panam 1982. Vol 93 (3) 191-203.
17. Gil Alfaro Issa. Repercusión de la atención del - Médico Familiar en el medio rural. Comparación - de tres enfoques diferentes: individual, familiar y comunitario. Rev Med IMSS. 1984. Vol 22 (207) 207-210.

18. Díaz del Castillo Ernesto, et al. Factores socio-culturales y médicos que afectan la mortalidad perinatal en México. Rev Med IMSS. 1981. Vol 19 (223) 223-229.

19. González Carbajal Eleuterio, M.C. Cómo la educación para la salud puede promover la salud para todos a través de la participación de la comunidad con el ambiente urbano. Rev de Salud Pública de México. Vol XXIV (1) 1982. 49-54.

20. Sepúlveda Bernardo. Introducción. Simposium - medicina social y salud en la comunidad. Gaceta Médica de México. IMSS. 1980. Vol 116 (1) 9-11.

21. Frenk Julio. Educación para la salud a la calidad de vida. Simposium Medicina, educación y salud. Gaceta Médica de México IMSS. 1980. Vol 116 (9) 384-386.

22. Villarreal Ramón. Participación de la comunidad en los programas de salud. Simposium Educación de la comunidad para la salud. Gaceta Médica de

México. IMSS. 1979. Vol 115 (7) 291-292.

23. La Familia. Apuntes del Módulo de Psicología-Médica. Medicina General Familiar. Primer -- año Unidad III. 1983-1984.

24. La Familia en crisis. Apuntes del Módulo de - Psicología Médica. Medicina General Familiar Primer año Unidad III. 1983-1984.