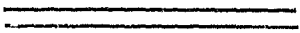


11226
203
126

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA DE ORIZABA



Principales causas de la baja demanda de los servicios de planificación familiar en el consultorio No. 3 de la U.M.F. No. 2 de Rio Blanco, Ver. 1983

T E S I S

Para obtener posgrado en
MEDICINA FAMILIAR

CATALINA TERESA HERNANDEZ BENITEZ

Orizaba, Ver.

1983 TESIS CON
FALLA DE COPIA



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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 :

CAPITULO:		PAGINA:
I.	INTRODUCCION.	4
II.	ANTECEDENTES CIENTIFICOS.	5
III.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.	10
IV.	MATERIAL Y METODOS.	12
V.	RESULTADOS.	19
VI.	APENDICE : CUADROS Y GRAFICAS.	30
VII.	CONCLUSIONES.	56
VIII.	ALTERNATIVAS DE SOLUCION.	61
IX.	BIBLIOGRAFIA.	63

CAPITULO I

INTRODUCCION.

En las ultimas decadas la dinamica de la poblacion en Mexico se ha caracterizado por una elevada tasa de crecimiento, lo que representa un obstaculo muy serio para alcanzar el equilibrio entre recursos y poblacion. Y en base a esto se creó el programa de planificación familiar que en 1977 se incorporó como Programa Nacional de Planificación Familiar, con el objetivo principal de orientar, motivar y educar a la población respecto al problema demográfico, sus consecuencias y posibles soluciones individuales y grupales y así lograr el cambio en las actitudes de la población en relación a la reproducción.

Se desea que el promotor ideal del programa sea el médico familiar ya que éste se encuentra en contacto estrecho y constante con la población como médico de primer contacto.

El objetivo de esta tesis es investigar hasta donde el médico familiar está llevando a cabo esta labor tan importante; al mismo tiempo se trata de determinar los principales problemas a que se enfrenta la promoción del programa en un medio en el que tanto los prestadores de servicios, especialmente el médico, como la población no están preparados para participar activamente en el mismo.

Así, este estudio de investigación se llevó a cabo en la U.M.F. no. 2 de Rio Blanco, Ver., en 1983.

CAPITULO II

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

El control de la fertilidad es uno de los problemas que más ha llamado la atención y que ha sido causa de preocupación por parte de la humanidad desde épocas remotas.

Así, tenemos conocimiento de que las recetas más antiguas acerca de métodos anticonceptivos fueron descubiertas en papiros egipcios y que datan de 1850 años A.C. (1). Los papiros de Kahun y los papiros de Ebers, 1500 años a.C. también sugerían sustancias colocadas en vagina para impedir el paso del espermatozoide al útero.

En Grecia, Aristóteles en "De República", menciona que en Creta la pederastía estaba permitida con el fin de tratar de controlar el crecimiento poblacional y también recomienda el uso de métodos locales para el control de la fertilidad (2).

Los chinos ya recomendaban abortifacientes 2,700 años A.C. y el Antiguo Testamento de la Biblia describe el coito interrumpido como medio para evitar el embarazo. Los romanos aportan el empleo del condón (1).

Sin embargo, los especialistas en demografía señalan que la cifra reducida de reproducción y la mortalidad extraordinariamente elevada de la humanidad permitieron una población mundial bastante estable hasta fines del siglo pasado, desde entonces ésta tiende a crecer en forma extraordinariamente rápida, debido principalmente al incremento de la natalidad y la disminución tan acentuada de la mortalidad (3).

Actualmente la explosión demográfica es el problema más grave al que se enfrenta la humanidad, problema previsto desde principios del siglo por Robert Malthus pero desatendido por todos los gobiernos hasta hace dos décadas, cuando empiezan a surgir las campañas de promoción de P.F. (4).

México también ha tratado de abatir el crecimiento desmesurado -

de su población; y en base a la problemática planteada en los aspectos demográficos y factores socioeconómicos de la población se justifica la creación del Programa de Planificación Familiar en 1973, para tratar de resolver las necesidades de la población y - dada su importancia en 1977 el gobierno de la república aprueba - el Plan Nacional de Planificación Familiar quedando plasmado en - la constitución y contemplado en las políticas demográficas y de salud del plan global de desarrollo 1980-82 (5).

Las acciones de P.F. se orientan principalmente en primer lugar al aspecto salud; en segundo lugar, al bienestar familiar; en tercer lugar, a la paternidad responsable.

Los objetivos más importantes del programa de P.F. son:

- Prevenir los embarazos no deseados.
- Disminuir la mortalidad materna ocasionada por abortos ilegalmente inducidos.
- Propiciar una mejor y más prolongada atención materna al niño.
- Mejor distribución de los recursos económicos: cada pareja elige conscientemente el número y espaciamiento de sus hijos, de acuerdo a sus posibilidades físicas y económicas y a sus normas morales y religiosas.
- Mejor integración del matrimonio y de los hijos ó paternidad responsable.
- Como objetivos secundarios se mencionan la detección oportuna del cáncer cervicouterino y mamario así como la educación sexual (5).

La mortalidad materna en México, secundaria a complicaciones por embarazos y partos se sigue presentando como una de las más altas del continente. La incidencia de tales patologías en el país resulta tan importante que su solución ha constituido uno de los objetivos centrales del programa de P.F. (5).

* La planificación integral de la familia debe entenderse como la determinación libre y consciente de una pareja para decidir el número de hijos que desee tener -de acuerdo a sus condiciones de vida- mediante el uso de alguno de los métodos anticonceptivos, -

elegido por la pareja y bajo prescripción, vigilancia y evaluación de un médico ó persona entrenada y capacitada para ese fin por instituciones competentes " (5).

La P.F. facilita las mejores posibilidades de integración del núcleo familiar que permita un desarrollo sano a la progeñie y trata de motivar a los padres en su responsabilidad para lograr una mejor educación de sus descendientes, mediante la divulgación de una filosofía social sobre las ventajas de una familia reducida.

" Los programas prioritarios de salud, entre ellos el de P.F. - por si solo no puede abatir en gran medida la fecundidad, sino que tiene que ir acompañado de mejoramientos en el sistema educativo y de salud, en las oportunidades de trabajo, los niveles de ingreso y el bienestar de los grupos más necesitados " (5).

Las consecuencias sanitarias de un programa de P.F. son solo parte de las razones para invertir en él; como parte integral de todo programa de desarrollo social y economico, y el ahorro en los costos de salud que resultará del descenso de las tasas de natalidad, representa una pequeña parte de los beneficios totales que se obtienen de un programa de este tipo.

Hasta ahora, las metas del programa de P.F. se han ido alcanzando satisfactoriamente; ya que para 1979 se logró reducir la tasa de crecimiento anual al 2.7% y a finales de 1981 se logró reducir al 2.5%, un año antes de lo previsto; pero aún se espera reducir la tasa de crecimiento anual al 1.9% para 1988, lo cual es un reto aún mayor y por lo que han de intensificarse las labores del programa tratando de superar los obstáculos y las fallas para lograr alcanzar la meta establecida (6).

La realidad es que aún es importante el porcentaje de la población que carece de este servicio y sabemos que la actitud del prestador del servicio, principalmente el médico, es decisiva en la adopción del programa por el usuario; numerosos estudios han demostrado que la actitud negativa del médico tiene gran influencia en la indiferencia ó deserción a los servicios de P.F. (7,8), pero de

bemos tomar en cuenta un aspecto muy importante:

" Actualmente el programa de P.F. en nuestro país se ha encomendo a los medicos de primer contacto ó a los pasantes de medicina en servicio social, esto ha puesto de manifiesto las deficiencias que existen en la formación del médico en los topicos relacionados con la P.F. " Siendo este un programa de indole prioritario en nuestro país, resulta urgente reforzar el conocimiento del médico como profesionista que mantiene contacto estrecho con la población y sus problemas relacionados con la natalidad y si se desea que éste sea un agente eficaz en P.F. se le debe educar en temas como estadística, antropología, demografía, psiquiatría, psicología del sexo y educación sexual para darle un conocimiento basico de las tecnicas y vinculaciones de estas disciplinas, preparandolo a pensar tanto en terminos colectivos como individuales y que cuente con los fundamentos para impulsar el programa. para decidir las modalidades que él mismo deberá tomar en cada comunidad mientras no se cuente con equipos interdisciplinarios para enfrentar el problema (5,3).

La adaptación de un programa de P.F. es complejo y requiere no solo del conocimiento de la medicina, como ya se mencionó anteriormente, sino tambien de los aspectos socioeconomicos que fundamentan el fenomeno de la explosión demografica; se debe hacer una P.F. integral que se adapte a las características de la comunidad y para impulsar exitosamente el programa debemos asegurarnos de que:

- el programa sea relevante a las necesidades de la comunidad.
- No violentemos sus costumbres y valores.
- No asimilemos a la comunidad, entendiendo su idiosincracia y logrando su aceptación.
- El programa responda a las características culturales de la población.
- Que las explicaciones y fundamentaciones sean dadas con claridad, objetividad y humanismo, en el nivel adecuado para que las personas puedan entender (5,3).

Las características personales de los usuarios y las caracteristi

ticas de los metodos para regular la fecundidad son importantes en lo que respecta a su efecto sobre la adopción inicial y al uso continuo de los mismos; así, vemos que la percepción de la usuaria y lo que espera del metodo la usuaria en potencia juegan una parte importante en la aceptación y el uso constante de un metodo determinado. Estas percepciones están relacionadas con una serie de factores vinculados a la regulación de la fecundidad y los principales son:

- percepción de los efectos colaterales.
- el momento oportuno de uso,
- almacenaje de las existencias, la limpieza y eliminación posterior al uso,
- la provisión del metodo. (5).

" Para poder estimar la aceptabilidad de un metodo determinado, el punto de vista obvio es el del usuario " (5).

Se ha gastado grandes cantidades de dinero en campañas educativas que con frecuencia son intentos, escusamente velados para persuadir a las personas a utilizar los anticonceptivos existentes.

" Uno de los elementos más obstaculizantes para la participación de la comunidad en su mejoramiento, no es como suele afirmarse, su apego a lo tradicional, sino la falta de información; además de las limitaciones que le impone su bajo nivel educativo, que prevalecen y que le impiden participar y decidir su propio destino " (5).

CAPITULO III

OBJETIVOS.

Este estudio de investigación denominado "Principales causas de la baja demanda de los servicios de Planificación Familiar en el consultorio no. 3 de la U.M.F. no. 2 de Rio Blanco, Ver., 1983", fué realizado con los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL.- Determinar las principales causas por las que un porcentaje mayoritario de parejas y mujeres solteras con V.S.A. en edad fértil pertenecientes al consultorio no. 3 de la U.M.F. no. 2 no acuden a control de la fertilidad con su médico familiar a pesar de las acciones de promoción y facilidades de servicios que proporciona el IMSS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar el número de parejas y mujeres solteras en edad fértil pertenecientes al consultorio no. 3 de la U.M.F. no. 2.
- Identificar el número de parejas y mujeres solteras en edad fértil que no acuden a control de la fecundidad con su médico familiar.
- Comprobar si llevan control de la fecundidad en otra unidad del IMSS ó en forma particular.
- Investigar si reciben información de su médico familiar en relación a Planificación Familiar.
- Conocer el concepto del derechohabiente acerca de las campañas de promoción de P.F.

HIPOTESIS.- La falta de interés y la promoción deficiente de P. F. por el médico familiar conduce a la indiferencia del derechohabiente a la utilización de los servicios.

PROGRAMA DE TRABAJO.- Realizar una investigación retrospectiva a la población adscrita al consultorio no. 3, de enero a junio de 1983 con el fin de conocer el número de parejas y mujeres solteras en edad fértil sin control de la fertilidad y poder obtener una muestra control; cuantificar el número de parejas y mujeres solteras que si llevan control de la fertilidad con su médico fa-

miliar para obtener una muestra testigo.

Posteriormente realizar una encuesta por interrogatorio directo a las integrantes de ambas muestras representativas con el objetivo de investigar las causas que motivan la baja demanda del servicio de P.F. en esta unidad ya que actualmente meos del 10% de la población de dicho consultorio acude a control de la fertilidad.

CAPITULO IV.

MATERIAL.

El presente estudio de investigación se realizó en la U.M.F. - no. 2 de Rio Blanco, Ver., utilizando el siguiente material:

- Consultorio no. 3.
- Archivo de la unidad.- tarjeta 4-30-5
expedientes clinicos.
tarjeta de asesoría de P.F.
- Libreta de recolección de datos.
- 107 mujeres en edad fértil adscritas al consultorio no. 3.
- 107 cuestionarios de P.F. diseñados para esta investigación por la autora.
- Biblioteca del H.G.Z.O.
- Bibliografía.

METODO.

Observando la baja demanda del servicio de P.F. en esta unidad, a pesar de la gran promoción del programa a nivel nacional, decidí investigar las causas de este fenómeno y para tal fin realicé una investigación retrospectiva a la población de mujeres en edad fértil adscritas al consultorio no. 3, de enero a junio de 1983; conociendo el número de mujeres en edad fértil sin control de la fecundidad por su médico familiar obtuve una muestra control así como una muestra testigo de la población que sí acude a control de la fecundidad con su médico familiar.

Posteriormente realicé una encuesta por interrogatorio directo mediante un cuestionario a las integrantes de ambas muestras.

Todo se realizó siguiendo los pasos que se mencionarán a continuación:

- Tomé como población del estudio a las mujeres de 14 a 44 años

NOTA: Se incluyeron mujeres de 14 años de edad debido a que la más joven con VSA detectada en esta población cuenta con 14 años de edad.

adscritas al consultorio no. 3, sin importar su estado civil y - que fueron en total 1076 pacientes, constituyendo el 27.7% del total de la población adscrita a este consultorio que cuenta con - 4738 derechohabientes; esta población a su vez, cuenta con dos médicos familiares para su atención; el médico con horario de consulta AC cuenta con 532 mujeres en edad fértil, constituyendo el - 21.5% de su población y el médico con horario de consulta BD cuenta con 544 mujeres en edad fértil, constituyendo el 24.3% de su población. Estos datos fueron obtenidos de la tarjeta 4-30-5 y - del expediente clínico de la paciente, en el archivo de la unidad - Con los datos anteriores clasifiqué a las pacientes por grupos quinquenales de edad (ver cuadros 1 y 2).

- Con los datos obtenidos del expediente clínico y la tarjeta de asesoría de P.F. clasifiqué a las pacientes por grupos de edad y principales características de importancia para este estudio, como se puede observar en los cuadros 3, 4, 5 y 6.

- Posteriormente para realizar la investigación deseada y ante la imposibilidad de hacerlo con todas las pacientes de la población en estudio, tomé una muestra probabilística representativa de la misma por grupos de edad y subgrupos de clasificación, del 10% de cada grupo y subgrupo hasta alcanzar la cifra de 107 mujeres en edad fértil.

Se considera que el 10% es suficiente para ser representativo de esta población ya que se encuentra compuesta por un número -- grande de integrantes ó sea 1076 mujeres en edad fértil.

- La investigación se llevó a cabo mediante un cuestionario compuesto por una ficha de identificación y 24 preguntas en abanico, esto último con la finalidad de que pudieran ser cuantificables - posteriormente.

- Apliqué el cuestionario mediante una entrevista a cada una de las integrantes de la muestra, algunas en la sala de espera de la unidad y otras en sus domicilios.

En algunos casos fué imposible entrevistar a la persona deseada por tener domicilio ficticio ó no encontrarse en el momento de la

visita, por lo que entonces era sustituida por otra paciente que perteneciera al mismo grupo de clasificación en que se encontraba la anterior.

Considero importante señalar que en la mayoría de las entrevistas el esposo de la paciente estuvo presente por lo que pudimos obtener la opinión de ambos en algunas preguntas que lo requerían.

También debo señalar que en todas las entrevistas se obtuvo cooperación de las pacientes.

- Posteriormente procedí a interpretar los resultados de acuerdo a los datos obtenidos a través del cuestionario:

a) De acuerdo a la escolaridad de las pacientes obtuve la media de edad, inicio de la vida sexual activa y paridad de las mismas (ver cuadro no.6).

b) Se cuantificaron las respuestas a cada una de las preguntas del cuestionario con el fin de obtener el panorama real del programa de P.F. en esta unidad e interpretar las principales causas de la baja demanda del mencionado servicio.

Los resultados obtenidos se mencionarán en el capítulo siguiente.

CUESTIONARIO DE PLANIFICACION FAMILIAR PARA
MUJERES EN EDAD FERTIL DEL CONSULTORIO No. 3,
U.M.F. No. 2, RIO BLANCO, VER., 1983.

FICHA DE IDENTIFICACION:

FECHA:

NOMBRE:

No. AFILIACION :

ESCOLARIDAD:

ESTADO CIVIL:

OCUPACION:

RELIGION:

EDAD DEL ESPOSO:

ESCOLARIDAD:

OCUPACION:

A.G.O.: V.S.A.:

G: P:

Ab:

CES:

FUP:

No. ACTUAL DE HIJOS:

1.- ¿ Ya decidieron usted y su esposo el número de hijos que de-
sean tener ?

a) Si b) Aún no están seguros. c) Nunca lo han co
mentado.

2.- ¿ Está usted conforme con el número de hijos que tiene actual
mente ?

a) Si. b) No, desea tener más. c) Ya son más de los -
que deseaba.

3.- ¿ Ha oído usted hablar de Planificación Familiar ?

a) Si. b) En forma vaga. c) No.

4.- ¿ Quien le informó acerca de P.F. ?

a) Por la propaganda que se hace por los medios de difusión.
b) Le informó su médico familiar. c) Otro personal del IMSS
d) Personal médico fuera del IMSS. e) Otras personas.

5.- ¿ Que opina usted de los mensajes educativos que se envían -
por los medios de difusión ?

a) Es información eficaz y adecuada. b) Información sin senti-
do. c) Le falta motivación. d) No la ha notado.

6.- ¿ Que entiende usted por Planificación Familiar ?

a) Espaciar y limitar el número de hijos, si usted lo desea y pa-
ra su beneficio.

b) Un método impuesto por el IMSS para limitar el crecimiento de la población.

c) Una manera de evitar el embarazo. d) No está segura.

7.- ¿ Que opina usted de la promoción que le hace el personal del IMSS acerca de P.F. ?

a) Adecuada. b) Información monotoná.

c) Utiliza la imposición. d) Utiliza terminos que no entiende.

e) No la ha notado. f) Otros.

8.- ¿ Utiliza usted algún metodo de P.F. ?

a) Sí. b) No. c) A veces.

9.- ¿ Cual metodo de P.F. utiliza usted ?

a) Metodo definitivo. b) DIU. c) Metodo oral..

d) Metodo local. e) Otros.

10.- ¿ Quien se lo recomendó ?

a) Su médico familiar. b) Personal médico fuera del IMSS.

c) Otro personal médico y/o paramédico del IMSS.

d) Automedicación. e) Otros.

11.- ¿ Que tiempo tiene con el metodo que utiliza actualmente ?

a) Menos de 6 meses. b) Más de 6 meses.

c) Más de un año.

12.- ¿ Está usted a gusto con el metodo que utiliza ?

a) Sí. b) No está segura. c) No.

13.- ¿ Quien le otorga el servicio actualmente ?

a) Su médico familiar. b) Otra unidad del IMSS.

c) Automedicación. d) Otra institución.

e) Médico particular.

14.- ¿ Es satisfactoria la información que le ha dado su médico familiar acerca de P.F. ?

a) Sí. b) No. c) Nunca la ha hablado de ese tema.

15.- ¿ Por qué no acude a P.F. con su médico familiar ?

a) Porque no lo necesita. b) No le tiene confianza.

- c) Porque su médico es varón.
- d) Se le ha negado el servicio.
- e) Ignora la existencia del servicio.
- f) No le gustó el que se le ofreció.
- g) Está en control en otra unidad del IMSS.

16.- ¿ Por qué abandonó el control de P.F. con su médico familiar?

- a) Por falla del metodo otorgado.
- b) Información de falla en otras personas.
- c) Trastornos secundarios.
- d) Falta de interés.
- e) Actitud negativa de su médico familiar.
- f) No lo necesita.
- g) Se lo prohibió su esposo.
- h) Otras causas.

17.-¿ Por qué lleva control de P.F. fuera del IMSS ?

- a) Porque le ofrecieron mayor información.
- b) Le administran el que a ella le gusta.
- c) Facilidad del servicio.
- e) Mayor confianza que con su médico familiar.
- d) Facilidad del servicio.
- f) Otras causas.

18.- ¿ Le gustaría que su médico familiar le informara más acerca de P.F. ?

- a) Si.
- b) No le interesa.
- c) No.

19.- En caso de llevar control de P.F. con su médico familiar, -
¿ le gusta a usted el metodo que le otorga ?

- a) Si.
- b) No le satisface.
- c) No.

20.-¿Por qué acude a control de la fecundidad con su médico familiar ?

- a) Porque él se lo ofreció.
- b) Su marido la envió.
- c) Es la unica forma de adquirirlos.
- d) Por desición propia.
- e) Por indicación de otro personal del IMSS.

21.- Cuando usted acude a P.F. con su médico familiar:

- a) La interroga y explora acerca de trastornos secundarios.
- b) Solo le administra los medicamentos.
- c) Solo la explora.
- d) Otros.

22.- ¿ Ha tenido algún trastorno secundario al metodo que utiliza?

- a) Si. b) A veces. c) No.

23.- ¿ Que trastornos ha tenido ?

- a) Alteraciones menstruales. b) Sintomas subjetivos.
c) Alteraciones en el peso. d) Alteraciones del SNC.
e) Alteraciones vasculares. f) Alteraciones de libido.
g) Otros.

24.- ¿ Le ha indicado su médico familiar practicarse el DOC ?

- a) Si, periodicamente. b) alguna vez.
c) Nunca. d) Otrns.

OBSERVACIONES :

RMF C.H.B.

CAPITULO V.

RESULTADOS.

Como ya se mencionó en el capítulo anterior, se clasificó a las pacientes por grupos quinquenales de edad y subgrupos de acuerdo a las características de más interés para esta investigación. Ver - cuadros 3 y 4 (A y B).

Considero importante aclarar los terminos utilizados para esta - clasificación :

SE IGNORAN DATOS, significa que no se encontró el expediente clínico de la paciente en el curso de la investigación; tomando en cuenta que nos tocó la modalidad del "expediente viajero".

SIN CONTROL, incluye a las pacientes cuyo expediente clínico no -- contiene antecedentes de control de la fecundidad por metodo definitivo ó por metodo temporal de reciente administración dentro del IMSS.

CONTROL DE EMBARAZO, expediente clínico con notas actuales de control de embarazo.

ESTERILIDAD COMPROBADA, incluye a las pacientes con antecedentes de histerectomía ó de esterilidad comprobada a nivel de especialidad.

SOLTERAS, son las pacientes clasificadas como hijas beneficiarias y las mujeres aseguradas cuyo expediente clínico contiene datos de vida sexual aún no iniciada.

PLANIFICACION FAMILIAR, incluye a las pacientes cuyo expediente - contiene antecedentes de control de P.F. con metodo definitivo ó - metodo temporal de reciente administración dentro del IMSS. Tam--- bién se incluyeron en este grupo las pacientes controladas en P.F. por los medicos en servicio social, control que a veces se efectúa en forma independiente al expediente clínico pero que queda registrado en las tarjetas de Asesoría de P.F.

Los resultados que doy a continuación comprenden cifras globales de la población en estudio y solo datos que yo considere importantes se mencionarán indicando a que horario de consulta específico

me estoy refiriendo. Ver cuadros no. 4 (A y B).

El total de mujeres en edad fértil del consultorio no. 3 es de 1076 (100%); de estas, se ignoran datos del 11.6%; las solteras constituyen el 34.38%; pacientes con esterilidad comprobada el 1.9%; en control de embarazo el 2.3%, predominando las pacientes de la población BD; el 32.4% está compuesto por pacientes sin control de P.F., principalmente por pacientes de la población AC; el 17.29% se encuentra en control de P.F. dentro del IMSS, con predominio de la población BD. Ver cuadros no. 3 y 4 (A y B).

Distribuyendo a las 1076 pacientes por grupos de edad encontramos los siguientes resultados: (cuadros 3 y 4)

En el grupo de edad de 14 años hay 77 pacientes que constituyen el 7.15% de la población en estudio. En este grupo se encontró solo una mujer con vida sexual activa, sin control de la fertilidad. El resto de las pacientes son solteras.

De 15 a 19 años hay 222 pacientes ó 20.6% de la población en estudio. En este grupo, se ignoran datos de 2.25%; las solteras constituyen el 93.2%; pacientes sin control 4%, incluyendo a una embarazada; solo una paciente se encontró en P.F. con método oral. Este grupo es el más numeroso de la población en estudio. Ver gráficas no. 3A y 3B.

De 20 a 24 años se encontraron 152 pacientes ó 14.12% de la población. En estas, se ignoran datos de 9.9%; las solteras forman el 41.4%; pacientes sin control 29.6%; embarazadas 5.4%; pacientes en control de P.F. el 13.2%, predominando la utilización del DIU (60%), seguido de la pastilla (30%). En este grupo disminuyó notablemente el número de pacientes solteras.

De 25 a 29 años hay 199 pacientes ó 18.5% de la población, siendo mayor el número de pacientes que pertenecen a la población AC. Ver cuadros 4A y 4B. Se ignoran datos del 16.6%; solteras 11%; pacientes con esterilidad comprobada 1%; pacientes en control de embarazo 3.52%; pacientes sin control de P.F. 46.2%; en control de P.F. 21.7%. En este grupo predomina la utilización del método

definitivo (62.8%), seguido del DIU (27.9%). Ver cuadro no. 5.

De 30 a 34 años hay 146 pacientes ó 13.5% de la población, siendo mayor el número de pacientes de la población AC. Se ignoran datos del 16.4%; solteras 1.4%; pacientes con esterilidad comprobada 1.4%; en control de embarazo 3.4%; sin control 48%; pacientes en control de P.F. 29.4%, siendo mayor la utilización del método definitivo (76.7%) que incluye una vasectomía, seguido del DIU - (14%); este grupo es el que más utiliza la P.F. en comparación - con el resto de la población en estudio.

De 35 a 39 años hay 147 pacientes ó 13.6% de la población, predominando las pacientes de la población BD (cuadro no.4). Se ignoran datos del 16.3%; pacientes con esterilidad comprobada 7.48%; en control de embarazo 1.4%; sin control de P.F. 46.2%; en control de P.F. 28.6%, predominando la utilización del método definitivo (73.8%), seguido de la pastilla (14.3%). No se encontró ninguna - paciente soltera y en este grupo se presenta el mayor porcentaje de esterilidad comprobada con el 66% de toda la población en estudio. Ver cuadro 3.

De 40 a 44 años hay 133 pacientes ó 12.3% de la población. Se ignoran datos del 17.3%; solo se encontró una paciente soltera; - con esterilidad comprobada 4.5%; hay una paciente en control de - embarazo; sin control 48.9%; en control de P.F. 27.8%, con predominio del método definitivo (75.6%) seguido del DIU (13.5%).

Del total de 1076 pacientes en edad fértil se restaron 125 pacientes de las cuales ignoramos datos, quedando 951 pacientes ó - sea el 88.38% de la población en estudio. De estas, hay 21 pacientes con esterilidad comprobada (2.2%); 744 pacientes sin control y/o educación de P.F. (78.2%) y que incluye a las pacientes solteras y a las embarazadas actualmente; y por último, 186 pacientes en control de P.F. constituyendo el 19.56% de la población conocida. Ver gráfica no. 7.

Del total de las pacientes que se encuentran en el programa de P.F., el 14.47% pertenece a la población AC y el 20% a la pobla--

ción BD, (ver cuadros 4A y 4B); y de acuerdo a la metodología utilizada se encontró que el 65% de las pacientes habían optado por el metodo definitivo, siendo mayor su utilización en las pacientes de 30 a 34 años y por las pacientes de la población BD (ver cuadros 5 y 6); el 21% utiliza el diu, principalmente las pacientes de 20 a 24 años y las pacientes de la población AC; la pastilla es utilizada por el 10.8% de las pacientes, principalmente de 20 a 24 años y también mayor utilización por la población AC; el metodo local es el menos utilizado, constituyendo el 3.7%, siendo mayor su utilización por las pacientes de 40 a 44 años y en general por las pacientes de la población AC.

La media de edad de la población en estudio es de 27.2 años; además cuenta con 397 pacientes que ya han sido madres y un total de 1185 hijos, lo cual nos da un promedio de 2.98 hijos por cada paciente madre (ver cuadro no. 7); siendo mayor el promedio de hijos para la población BD con 3.02 en comparación con la población AC con 2.86 hijos por paciente madre.

Para continuar con la investigación, se aplicó un cuestionario a una muestra probabilística representativa de la población del 10% ó sea 107 mujeres en edad fértil como ya se mencionó en el capítulo anterior.

Los resultados obtenidos a través del cuestionario se relatan a continuación:

La muestra representativa de la población cuenta con una edad -- promedio de 27.3 años, similar a la edad de la población total en estudio, lo que nos confirma que la muestra es realmente representativa. Es importante mencionar que la media de edad de los esposos es de 34.5 años; siendo más alta la edad de los esposos de la población AC con 36.2 años en comparación con la edad de los esposos de la población BD con 32.7 años.

De acuerdo a la escolaridad, se entrevistaron 3 pacientes analfabetas; 12 pacientes con primaria incompleta; 25 pacientes con primaria completa, siendo este grupo el más numeroso; 13 pacientes -

con secundaria incompleta; 14 pacientes con secundaria completa; - 13 pacientes con bachillerato; 20 pacientes con estudios universitarios, predominando las de la población BD; 8 pacientes con carreras cortas. Ver cuadros no. 8 y 9.

De acuerdo a su condición de actividad, se entrevistaron 22 estudiantes: 58 amas de casa, con predominio de la población BD; 27 pacientes que trabajan, con predominio de la población AC. Ver grafica no. 9.

De acuerdo a su estado civil, se entrevistaron 27 solteras, 64 - casadas; 14 en unión libre; una viuda y una divorciada. Ver grafica no. 10.

Todas las pacientes entrevistadas son catolicas y aseguraron que su religión no influye en su decisión para llevar control de la fecundidad.

La edad promedio de inicio de la vida sexual activa fué de 20 años, con un promedio de 3.5 gestaciones y 2,75 hijos por cada paciente que ya ha sido madre, cifra muy parecida a la obtenida del total de la población. Ver cuadro no. 8.

Se obtuvieron datos de 78 esposos cuyo nivel de escolaridad más frecuente es de primaria completa, con predominio de los esposos de la población BD; en segundo lugar están los esposos con secundaria completa, predominando los de la población AC y es importante mencionar que se encontraron más esposos con estudios universitarios en la población AC.

De acuerdo al empleo actual, se conoció que el 50% de los esposos son obreros, 32% son empleados y el 12% está compuesto por profesionistas, principalmente de la población AC. Ver grafica no. 11

Posteriormente se formularon las siguientes preguntas en abanico 1.- ¿ Ya decidieron usted y su esposo el número de hijos que desean tener ?

Se les proporcionaron 3 respuestas, con la siguiente elección:

- a) Si : 69 pacientes. b) Aún no están seguros : 10 pacientes.
c) Nunca lo han comentado: 1 paciente.

Se obtuvieron 80 respuestas ya que el resto de las pacientes son solteras.

2.- ¿ Está usted conforme con el número de hijos que tiene actualmente ?

- a) Si : 45 pacientes.
- b) No, desea tener más: 15 pacientes.
- c) Ya son más de los que deseaba : 20 pacientes.

Se obtuvieron 80 respuestas.

3.- ¿ Ha oído usted hablar de Planificación Familiar ?

- a) Si : 92 pacientes.
- b) En forma vaga : 12 pacientes.
- c) No : 3 pacientes.

Todas las pacientes entrevistadas contestaron esta pregunta.

4.- ¿ Quien le informó acerca de Planificación Familiar ?

- a) Por la propaganda que se hace por los medios de difusión : 18 pacientes.
- b) Le informó su médico familiar: 11 pacientes.
- c) Otro personal del IMSS : 21 pacientes.
- d) Personal médico fuera del IMSS : 21 pacientes.
- e) Otras personas : 33 pacientes.

Ver grafica no. 12. Se obtuvieron 104 respuestas ya que de acuerdo a la pregunta anterior 3 pacientes nunca antes habían oído hablar de P.F.

5.- ¿ Que opina usted de los mensajes educativos que se envían por los medios de difusión ?

- a) Es información eficaz y adecuada : 80 pacientes.
- b) Información sin sentido : 0
- c) No le entiende: 2 pacientes
- d) Le falta motivación: 5 pacientes.
- e) No la ha notado : 20 pacientes.

6.- ¿ Que entiende usted por P.F. ?

- a) Espaciar y limitar el número de hijos, si usted lo desea y para su beneficio : 81 pacientes.
- b) Un metodo impuesto por el IMSS para limitar el crecimiento de la población : 2 pacientes.
- c) Una manera de evitar el embarazo : 18 pacientes.
- d) No está segura: 6 pacientes

7.- ¿ Que opina usted de la promoción que le hace el personal del IMSS acerca de P.F. ?

- a) Adecuada : 40 pacientes. b) Información monotonía : 1 paciente.
 c) Utiliza la imposición : 1 paciente.
 d) Utiliza terminos que no entiende : 5 pacientes.
 e) No la ha notado : 59 pacientes. f) Otros : 1 paciente.

En la respuesta "e" fué mayor su elección por las pacientes de la población BD.

8.- ¿ Utiliza usted algún metodo de P.F. ?

- a) Si : 49 pacientes. b) No : 57 pacientes.
 c) A veces : 1 paciente.

La respuesta "b" fué elegida principalmente por pacientes de la población BD.

9.- ¿ Cual metodo de P.F. utiliza usted ?

- a) Metodo definitivo : 13 pacientes. b) DIU : 9 pacientes.
 c) Metodo oral : 13 pacientes. d) Metodo local : 3 pacientes.
 e) Otros : 12 pacientes.

La respuesta "d" solo fué utilizada por las pacientes de la población AC. No contestaron 57 pacientes por no estar en control de la fertilidad actualmente.

10.- ¿ Quien se lo recomendó ?

- a) Su médico familiar : 9 pacientes. b) Personal médico fuera del IMSS : 10 pacientes.
 c) Otro personal médico y/o paramédico del IMSS : 13 pacientes.
 d) Automedicación : 4 pacientes. e) Otros : 14 pacientes.

11.- ¿ Que tiempo tiene con el metodo que utiliza actualmente ?

- a) Menos de 6 meses : 7 pacientes. b) Más de 6 meses : 7 pacientes.
 c) Más de un año : 16 pacientes.

12.- ¿ Está usted a gusto con el metodo que utiliza ?

- a) Si : 34 pacientes. b) No está segura : 10 pacientes.
 c) No : 6 pacientes.

13.- ¿ Quien le otorga el servicio actualmente ?

- a) Su médico familiar : 8 pacientes. b) Otra unidad del IMSS : 2 pacientes.
 c) Automedicación : 15 pacientes.
 d) Otra institución : 4 pacientes.
 e) Médico particular : 8 pacientes.

Esta pregunta obtuvo 37 respuestas de las pacientes que utilizan métodos temporales. La respuesta "c" fué más utilizada por la población AC. Ver grafica no. 13.

14.- ¿ Es satisfactoria la información que le ha dado su médico familiar acerca de P.F. ?

- a) Si. 26 pacientes. b) No : 22 pacientes.
c) Nunca le ha hablado de ese tema : 59 pacientes.

Todas las integrantes de la muestra contestaron esta pregunta. - La respuesta "c" fué más utilizada por la muestra de la población AC.

15.- ¿ Por qué no acude a P.F. con su médico familiar ?

- a) Porque no lo necesita : 75 pacientes.
b) No le tiene confianza : 8 pacientes.
c) Porque su médico es varón : 2 pacientes.
d) Se le ha negado el servicio : 3 pacientes.
e) Ignoira la existencia del servicio : 4 pacientes.
f) No le gustó el que se le ofreció : 2 pacientes.
g) Está en control en otra unidad del IMSS : 2 pacientes.
h) Otras causas : 3 pacientes.

A esta pregunta no contestaron 8 pacientes que están en el programa de P.F. con su médico familiar. Ver pregunta no. 13.

16.- Por qué abandonó el control de P.F. con su médico familiar ?

- a) Por falla del método otorgado : 3 pacientes.
b) Información de falla en otras personas : 1 paciente.
c) Trastornos secundarios : 7 pacientes. d) Falta de interés : 2 pacientes. e) Actitud negativa del médico : 3 pacientes.
f) No lo necesita : 15 pacientes.
g) Se lo prohibió su esposo : 0
h) Desea tener más hijos : 2 pacientes. i) otras causas: 2 pac.

Contestaron 35 pacientes que alguna vez han estado en el programa de P.F. con su médico familiar.

17.- ¿ Por qué lleva control de P.F. fuera del IMSS ?

- a) Porque le ofrecieron mayor información : 0
b) Le administran el que a ella le gusta : 1 paciente.

- c) Su marido se lo indicó : 1 paciente.
- d) Facilidad de servicio : 17 pacientes.
- e) Mayor confianza que con su médico familiar : 4 pacientes.
- f) Otras causas : 4 pacientes

Se obtuvieron 27 respuestas de pacientes que llevan control de la fertilidad en forma independiente al IMSS. Ver pregunta no. - 13. En la respuesta "d" predominó la población AC.

18.- ¿ Le gustaría que su médico familiar le informara más acerca de P.F. ?

- a) Si: 31 pacientes.
- b) No le interesa : 14 pacientes.
- c) No : 2 pacientes.

19.- En caso de llevar control de P.F. con su médico familiar, ¿ le gusta a usted el método que le otorga ?

- a) Si : 4 pacientes.
- b) No le satisface : 3 pacientes.
- c) No : 1 paciente.

Esta pregunta fué contestada necesariamente, solo por las 8 pacientes que están en control de la fertilidad con su médico familiar, ver pregunta no. 13.

La respuesta "a" fué utilizada solamente por las pacientes de la muestra de la población BD.

20.- ¿ Por qué acude a control de la fertilidad con su médico familiar ?

- a) Porque él se lo ofreció : 1 paciente.
- b) Su marido la envió : 1 paciente.
- c) Es la única forma de adquirirlos : 0
- d) Por decisión propia : 6 pacientes
- e) Por indicación de otro personal del IMSS : 0

La respuesta "d" fué utilizada solo por pacientes de la población BD.

21.- ¿ Cuando usted acude a P.F. con su médico familiar :

- a) La interroga y explora acerca de trastornos secundarios : 6 pacientes.
- b) Solo le administra los medicamentos : 1 paciente.
- c) Solo la explora : 1 paciente.
- d) Otros : 0.

La respuesta "a" fué elegida principalmente por las pacientes de

la muestra BD.

22.- ¿ Ha tenido algún trastorno secundario al metodo que utiliza?

- a) Si : 11 pacientes. b) A veces : 4 pacientes.
c) No : 35 pacientes.

Esta pregunta fué contestada por 50 pacientes que actualmente es tán utilizando algún metodo de P.F. Ver pregunta no.8.

23.- Que trastornos secundarios ha tenido usted ?

- a) Alteraciones menstruales : 3 pacientes.
b) Sintomas subjetivos : 5 pacientes.
c) Alteraciones del peso corporal. : 1 paciente.
d) Alteraciones del SNC : 2 pacientes.
e) Alteraciones vasculares : 2 pacientes.
f) Alteraciones de libido : 0 g) Otras : 2 pacientes.

Solo se obtuvieron 15 respuestas de pacientes que han tenido -- trastornos secundarios. Ver pregunta no. 22.

24.- ¿ Le ha indicado su médico familiar practicarle el DOC ?

- a) Si, periodicamente : 29 pacientes. b) Alguna vez : 19 pac.
c) Nunca : 30 pacientes d) Otros : 2 pacientes.

Se obtuvieron 80 respuestas de las pacientes con VSA. En las res puestas "a" y "b" predominó la elección de la muestra de la po-- blación BD.

Con los resultados obtenidos del cuestionario se calculó la me-- dia de paridad, inicio de la vida sexual activa y edad de la mues-- tra de acuerdo a la escolaridad. Ver cuadros 8 y 9.

Se entrevistó a 3 pacientes analfabetas con un promedio de edad de 30 años; inicio de la vida sexual a los 18.3 años y el número - actual de hijos es de 3.6

Con primaria incompleta fueron 12 pacientes, con un promedio de edad de 34.5 años; inició de la vida sexual a los 19.3 años y ac-- tualmente cuentan con 3.1 hijos.

Con primaria completa 25 pacientes con 30.9 años de edad; inicio de VSA a los 18.4 años y número actual de hijos de 3.5. Este grupo es el más numeroso.

Con secundaria incompleta fueron 13 pacientes con un promedio de edad de 20.8 años; inicio de la VSA a los 20 años y que cuentan actualmente con 2 hijos.

Con secundaria completa fueron 14 pacientes, promedio de edad de 27.4 años; inicio de la VSA a los 19 años; actualmente tienen 1.8 hijos.

Con estudios de bachillerato son 13 pacientes con promedio de edad de 19.5 años; inicio de VSA a los 18 años; actualmente tienen 1.7 hijos.

Con estudios universitarios 20 pacientes, con un promedio de edad de 26.8 años; inicio de VSA a los 20.2 años y 1.7 hijos actualmente.

Con carreras cortas 7 pacientes; promedio de edad de 33 años; inicio de VSA a los 22.5 años y 2.8 hijos actualmente por paciente.

CAPITULO VI

CUADROS Y GRATICAS

CUADRO No. 1

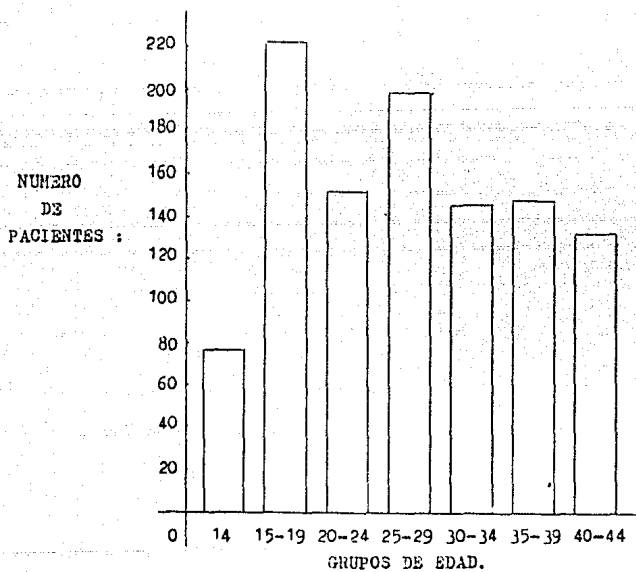
POBLACION DE MUJERES EN EDAD FERTIL POR GRUPOS DE EDAD.
CONSULTORIO No. 3, U.M.F. No. 2. ENERO A JUNIO DE 1983.

GRUPO DE EDAD:	POBLACION TOTAL:	PORCENTAJE:
14 años	77	7.15
15-19 años	222	20.65
20-24 años	152	14.12
25-29 años	199	18.49
30-34 años	146	13.56
35-39 años	147	13.66
40-44 años	133	12.36
TOTAL :	1076	100.00

FUENTE : TARJETAS 4-30-5 DEL ARCHIVO CLINICO DE
LA U.M.F. No. 2 DE RIO BLANCO, VER.
ENERO A JUNIO DE 1983.

GRAFICA No. 1

POBLACION DE MUJERES EN EDAD FERTIL POR GRUPOS DE EDAD
CONSULTORIO No. 3, U.E.F. No. 2 ENERO A JUNIO DE 1983.



FUENTE : CUADRO No. 1

CUADRO No. 2

CUADRO COMPARATIVO DE LA POBLACION DE MUJERES EN EDAD FERTIL
 POR GRUPOS DE EDAD. CONSULTORIO No. 3, U.M.F. No. 2.

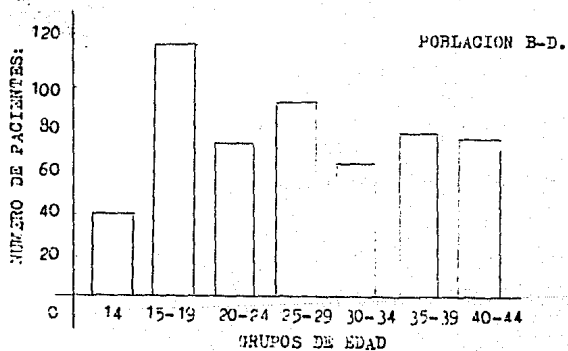
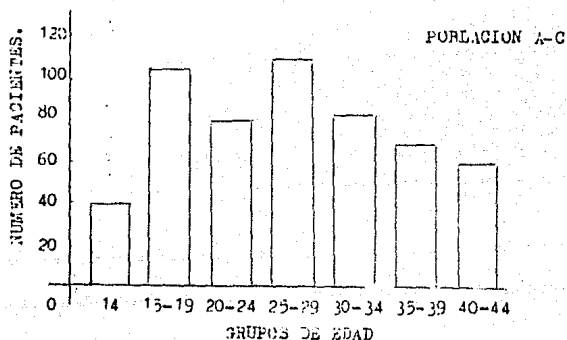
ENERO A JUNIO DE 1983.

GRUPO DE EDAD:	HORARIO A-C		HORARIO B-D	
	POBLACION:	PORCENTAJE:	POBLACION:	PORCENTAJE:
14 años	37	6.95	40	7.35
15 - 19 años	102	19.17	120	22.08
20 - 24 años	78	14.67	74	13.60
25 - 29 años	107	20.12	92	16.91
30 - 34 años	82	15.41	64	11.76
35 - 39 años	68	12.78	79	14.52
40 - 44 años	58	10.90	75	13.78
TOTAL :	532	100.00	544	100.00

FUENTE : TARJETA 4-30-5 DEL ARCHIVO CLINICO DE LA
 U.M.F. No.2 DE RTO BLANCO, VER.
 ENERO A JUNIO DE 1983.

GRAFICAS No. 2

GRAFICAS COMPARATIVAS DE LA POBLACION DE MUJERES EN EDAD FERTIL, POR GRUPOS DE EDAD, CONSULTORIO No.3, U.M.F. No.2 ENERO A JUNIO DE 1933.



FUENTE: CUADRO No.2

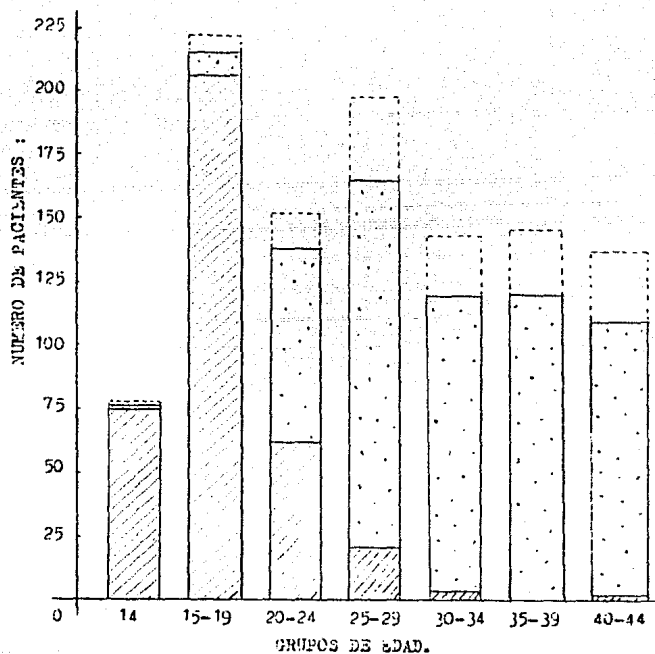
RELACION DE NIÑOS EN EDAD ESCOLAR POR GRUPOS DE EDAD
Y PRINCIPALES CATEGORIAS DE CLASIFICACION,
CONSIDERANDO No. 3, U. S. P. No. 2, PERIODO A JUNIO, 1983




GRUPOS DE EDAD	CANTIDAD TOTAL DE NIÑOS	SE IGNORAN NOMBRES	SCOLARES	ESPECIALIDAD COMERCIAL	CONTROL DE NOMBRES	SIN CONTROL DE P.F.	EN CLASIFICACION MATERIAL
14 años	77 7.15 %	1 1.34	75 97.66	0	0	1 1.30	0
14 a 19 años	222 20.68	5 2.25	217 97.75	0	1 0.45	8 3.6	1 0.5
20 a 24 años	152 14.12	15 9.9	63 41.4	0	4 2.62	45 29.6	20 13.2
25 a 29 años	190 17.69	33 17.4	22 11.6	2 1.1	7 3.62	42 22.1	43 22.7
30 a 34 años	146 13.56	24 16.44	2 1.4	2 1.4	5 3.4	70 48.0	43 29.45
35 a 39 años	147 13.66	24 16.33	0	11 7.48	2 1.4	68 46.2	42 28.6
40 a 44 años	132 12.36	23 17.4	1 0.75	6 4.53	1 0.75	65 49.4	37 27.82
TOTAL	1076 100.00 %	125 11.62	370 34.38	23 2.14	25 2.32	244 22.63	186 17.29 %

MINISTERIO VENEZOLANO DE ASISTENCIA DE PLANIFICACION MATERIAL Y
ARQUITECTURA DE LA U. S. P. NO. 2, RIO BLANCO, VENEZUELA
PERIODO A JUNIO DE 1983.

GRAFICA No. 3

POBLACION DE MUJERES EN EDAD FERTIL POR GRUPOS DE EDAD
Y V.S.A., CONSULTORIO No. 3, U.M.F. No.2, ENERO A JUNIO
DE 1983 .

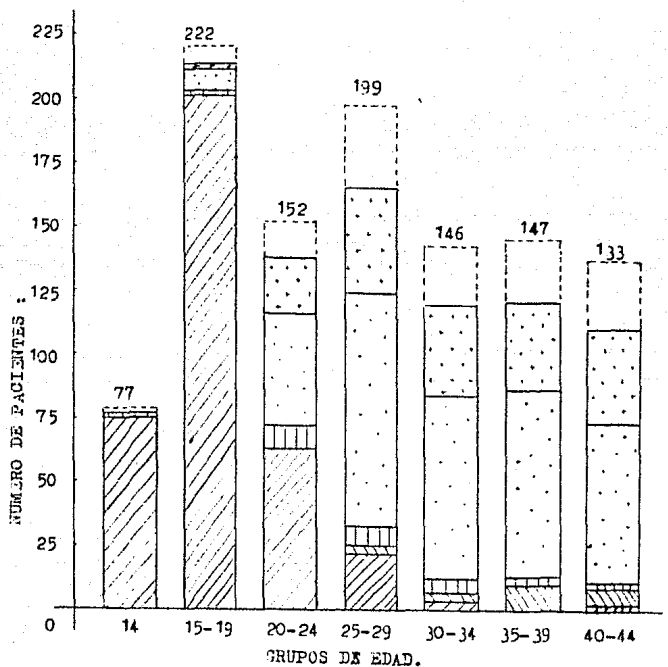








-  SE IGNORAN DATOS.
-  V.S.A.
-  SOLTERAS.

FUENTE: CUADRO No. 3

GRAFICA No. 3B

POBLACION DE MUJERES EN EDAD FERTIL POR GRUPOS DE EDAD Y PRINCIPALES CARACTERISTICAS DE CLASIFICACION CONSULTORIO No.3, UMF No.2, ENERO-JUNIO 1983.



- | | | | |
|---|------------------|---|---------------------|
|  | SOLTERAS |  | SIN CONTROL DE P.F. |
|  | ESTERILIDAD |  | CONTROL DE P.F. |
|  | CONTROL EMBARAZO |  | SE IGNORAN DATOS. |

FUENTE: CUADRO No. 3

CUADRO No. 4 (A)

POBLACION DE MUJERES EN EDAD FERTIL POR GRUPOS DE EDAD
Y PRINCIPALES CARACTERISTICAS DE CLASIFICACION.
SUBCENTRO No. 3, U.M.F. No. 2 ENERO A JUNIO DE 1983

PROGRAMA DE CONSULTA A-C :

GRUPOS DE EDAD:	CANTIDAD TOTAL DE PACIENTES :	SE IGNORAN DATOS :	SOLTERAS:	ESTERILIDAD COMPROBADA:	CONTROL DE EMBARAZO :	SIN CONTROL DE P.F. :	EN PLANIFICACION FAMILIAR :
14 AÑOS	37 6.95 %	1	35			1	0
15 A 19 AÑOS	102 19.17	3	95		1	3	0
20 A 24 AÑOS	78 14.67	7	32		4	25	10
25 A 29 AÑOS	107 20.12	19	12	1	3	53	19
30 A 34 AÑOS	82 15.41	10	2	2	2	48	18
35 A 39 AÑOS	68 12.78	12		1		38	17
40 A 44 AÑOS	58 10.90	6	1	2		36	13
TOTAL :	532 100.00 %	58 10.9%	177 33.27%	6 1.13%	10 1.88%	204 38.35%	77 14.47 %

FUENTE : TARJETA DE ASESORIA DE PLANIFICACION FAMILIAR.
ARCHIVO CLINICO DE LA U.M.F. No. 2, RIO BLANCO, Vch.
ENERO A JUNIO DE 1983.

CUADRO No. 4 (B).

POBLACION DE MUJERES EN EDAD FERTIL POR GRUPOS DE EDAD
Y PRINCIPALES CARACTERISTICAS DE CLASIFICACION.
CONSULTARIO No.3, U.M.F. No.2. ENERO A JUNIO DE 1983.

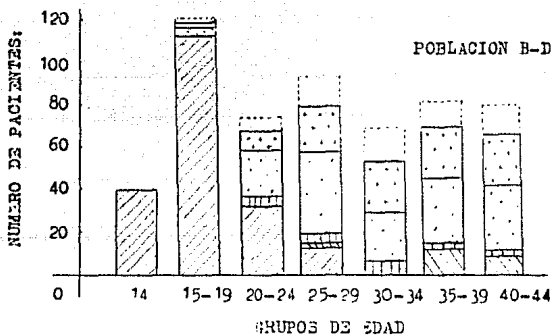
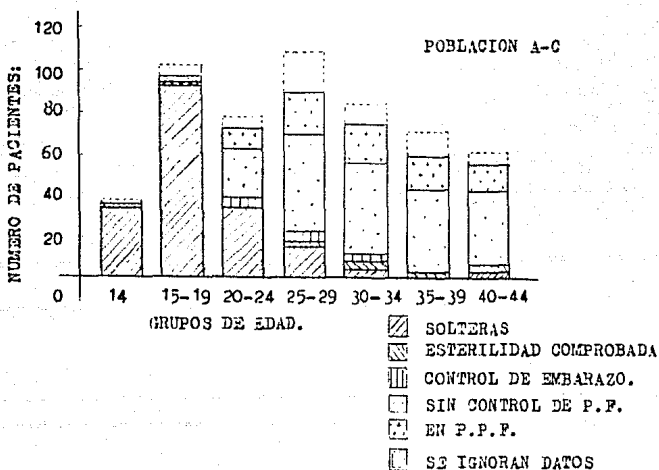
HORARIO DE CONSULTA 8-D :

GRUPOS DE EDAD:	CANTIDAD TOTAL DE PACIENTES :	SE IGNORAN DATOS :	SOLTERAS:	ESTERILIDAD COMPROBADA:	CONTROL DE EMBARAZO :	SIN CONTROL DE P.F. :	EN PLANIFICACION FAMILIAR :
14 años	40 7.35 %	0	40	0	0	0	0
15 a 19 años	120 22.08	2	112	0	0	5	1
20 a 24 años	74 13.60	8	31	0	5	20	10
25 a 29 años	92 16.91	14	10	1	4	39	24
30 a 34 años	64 11.76	14	0	0	3	22	25
35 a 39 años	79 14.52	12	0	10	2	30	25
40 a 44 años	75 13.78	17	0	4	1	29	24
TOTAL :	544 100.00 %	67 12.3 %	193 35.47%	15 2.75%	15 2.75%	132 26.64%	109 20 %

FUENTE : TARJETA DE ASESORIA DE PLANIFICACION FAMILIAR Y
ARCHIVO CLINICO DE LA U.M.F. No. 2, RIO BLANCO, VER.
ENERO A JUNIO DE 1983.

GRAFICAS No. 4

GRAFICAS COMPARATIVAS DE MUJERES EN EDAD FERTIL POR GRUPOS DE EDAD Y PRINCIPALES CARACTERISTICAS DE CLASIFICACION. CONSULTORIO No.3, UMF No.2, ENERO A JUNIO DE 1983.



FUENTE: CUADRO No.4

CUADRO No. 5

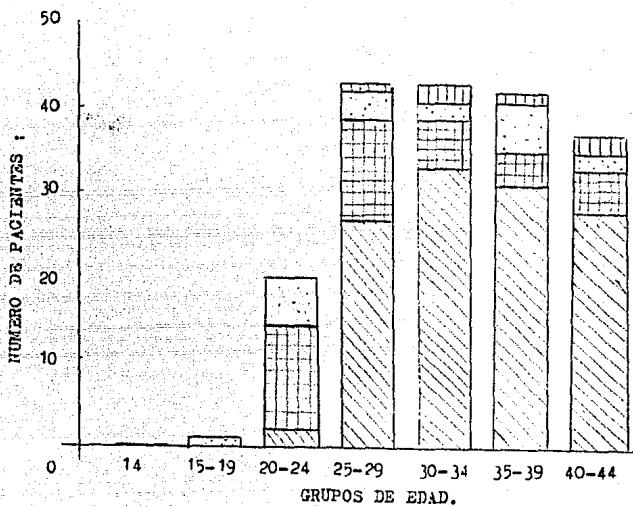
DISTRIBUCION DE MUJERES EN CONTROL DE P.P.
 POR GRUPOS DE EDAD Y METODO UTILIZADO.
 CONSULTORIO No. 3, UMF No. 2, ENERO-JUNIO 1983.





GRUPOS DE EDAD:	TOTAL DE PACIENTES:		METODO DEFINITIVO:		DIU :		METODO ORAL :		METODO LOCAL:	
		%		%		%		%		%
14 años	0		0		0		0		0	0
15-19 años	1	0.5	0		0		1	-	0	0
20-24 años	20	10.8	2	10.	12	60.	6	30.	0	0
25-29 años	43	23.	27	62.8	12	28.	3	6.98	1	2.3
30-34 años	43	23.	33	76.7	6	14.	2	4.6	2	4.7
35-39 años	42	22.6	31	73.8	4	9.5	6	14.3	1	2.4
40-44 años	37	19.9	28	75.7	5	13.5	2	5.4	2	5.4
TOTAL :	186	100.0%	121	65%	39	21%	20	10.8%	6	3.7%

FUENTE: T ARJETA DE ASESORIA DE P.P. Y EXPEDIENTE CLINICO
 ARCHIVO DE LA U.M.F. No. 2, RIO BLANCO, VER., 1983.

GRAFICA No. 5

DISTRIBUCION DE MUJERES EN PLANIFICACION FAMILIAR
 POR GRUPOS DE EDAD Y METODO UTILIZADO. CONSULTORIO
 No.3, U.M.F. No.2, ENERO A JUNIO DE 1983.

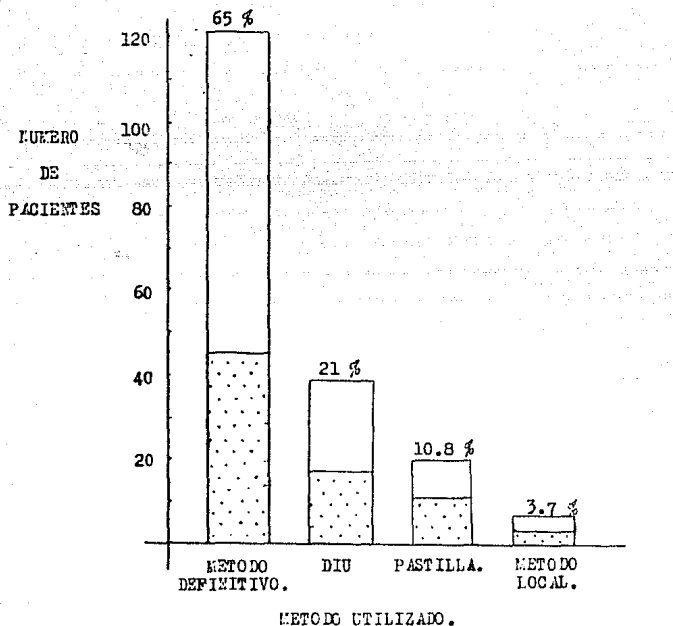


-  METODO LOCAL
-  PASTILLA
-  DIU
-  METODO DEFINITIVO.

FUENTE: CUADRO No. 5.

GRAFICA No. 5 B

DISTRIBUCION DE MUJERES EN PLANIFICACION FAMILIAR
 POR METODO UTILIZADO. CONSULTORIO No. 3, U.M.F. No.2
 ENERO A JUNIO DE 1983.



FUENTE: CUADRO No. 5.

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION DE MUJERES EN CONTROL DE P.F.
 POR GRUPOS DE EDAD Y METODO UTILIZADO.
 CONSULTORIO No. 3, UMF No. 2, ENERO-JUNIO 1983.
 HORARIO DE CONSULTA A-C:

GRUPOS DE EDAD:	TOTAL DE PACIENTES:	METODO DEFINITIVO:	DIU :	METODO ORAL :	METODO LOCAL:
14 años	0	0	0	0	0
15-19 años	0	0	0	0	0
20-24 años	10	2	5	3	0
25-29 años	19	10	6	2	1
30-34 años	18	12	3	2	1
35-39 años	17	11	1	4	1
40-44 años	13	10	3	0	0
TOTAL :	77 100%	45 58.4%	18 23.3%	11 14.3%	3 3.9%

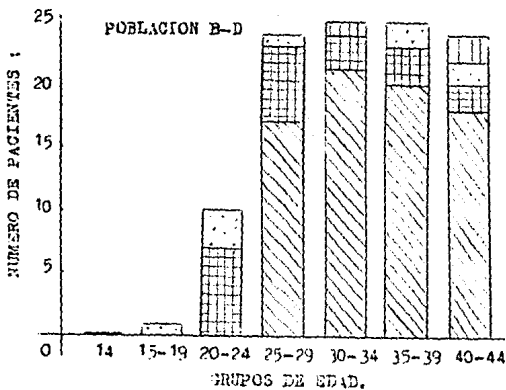
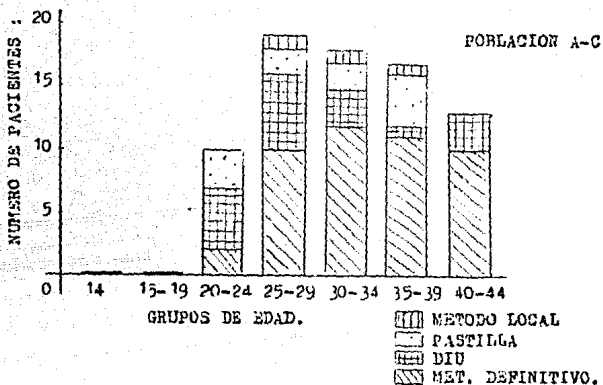
HORARIO DE CONSULTA BD :

GRUPOS DE EDAD:	TOTAL DE PACIENTES:	METODO DEFINITIVO:	DIU :	METODO ORAL :	METODO LOCAL:
14 años	0	0	0	0	0
15-19 años	1	0	0	1	0
20-24 años	10	0	7	3	0
25-29 años	24	17	6	1	0
30-34 años	25	21	3	0	1
35-39 años	25	20	3	2	0
40-44 años	24	18	2	2	2
total :	109 100%	76 69.7%	21 19.25%	9 8.3%	3 2.75%

FUENTE: TARJETA DE ASESORIA DE P.F. Y EXPEDIENTE CLINICO
 DEL ARCHIVO DE LA UMF No. 2, RIO BLANCO, VER., 1983.

GRAFICAS No. 6

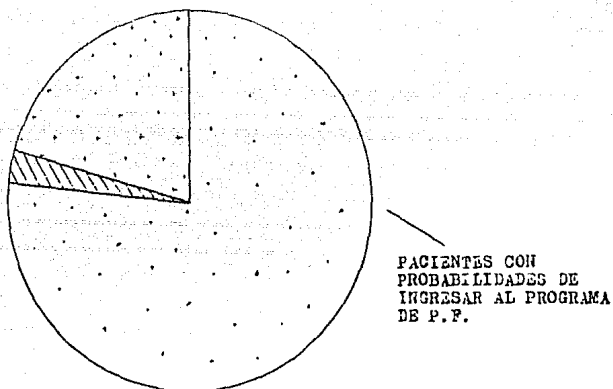
DISTRIBUCION DE MUJERES EN PLANIFICACION FAMILIAR POR GRUPOS DE EDAD Y METODO UTILIZADO CONSULTORIO No.3, U.N.F. No.2. ENERO-JUNIO 1983.



FUENTE: CUADRO No. 6

GRAFICA No. 7

POBLACION CONOCIDA DE MUJERES EN EDAD FERTIL
CONSULTORIO No.3, U.M.F. No.2, ENERO A JUNIO
1983.



NOTA: LA POBLACION CONOCIDA
PORQUE SE LE RESTO EL NUMERO
DE PACIENTES DE LAS CUALES
SE IGNORAN DATOS.



PACIENTES SIN CONTROL
DE P.F.



PACIENTES EN EL P.P.F.



PACIENTES ESTERILES.

FUENTE : CAPITULO DE RESULTADOS DEL PRESENTE TRABAJO DE INVE-
STIGACION.

FRASES DE RIESGO TIPOS POR GRUPOS DE EDAD
Y RENDIMIENTO DE GENSERVA. COMBUSTIBLE No. 3
U.M.F. No. 2. ENERO A JUNIO DE 1983.

FRASES DE RIESGO :

GRUPO DE EDAD:	POBLACION A-C :	POBLACION B-D :	GLOBAL:
14 años	1	0	1
15 a 19 años	0	1.57	1.57
20 a 24 años	2	1.66	1.70
25 a 29 años	2.57	2.53	2.54
30 a 34 años	2.82	3.11	3.02
35 a 39 años	3.54	3.6	3.58
40 a 44 años	3.7	3.88	3.85
TOTAL :	2.86	3.02	2.98

FUENTE : ARCHIVO CLINICO DE LA U.M.F. No. 2,
RIO BLANCO, VER. 1983.

CUADRO NO. 8

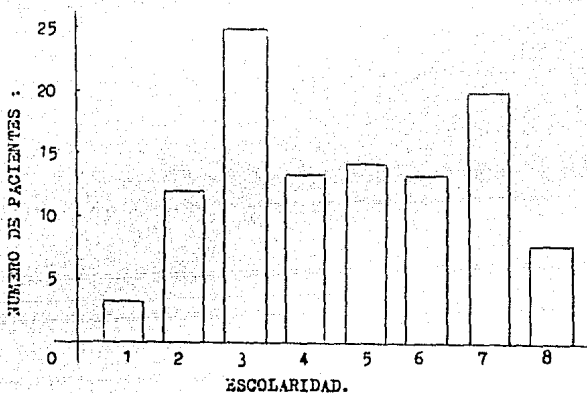
RELACION ENTRE LA ESCOLARIDAD Y LA EDAD, I.V.S.A. Y
 PARIDAD DE LAS MUJERES DE LA MUESTRA ESTABLECIDA.
 CONSULTORIO No.3, UMF No.2, JULIO-SEPTIEMBRE 1983.

ESCOLARIDAD :	NUMERO REAL DE PACIENTES :	P R O M E D I O D E :		
		EDAD :	INICIO DE VSA :	HIJOS :
ANALFABETAS	3	30	18.3	3.6
PRIMARIA I.	12	34.5	19.3	3.1
PRIMARIA C.	25	30.9	18.4	3.5
SECUNDARIA I.	13	20.8	20	2
SECUNDARIA C.	14	27.4	19.5	1.8
BACHILLERATO	13	19.5	18	1.7
UNIVERSIDAD	20	26.8	20.2	1.7
OTROS	7	33	22.5	2.8

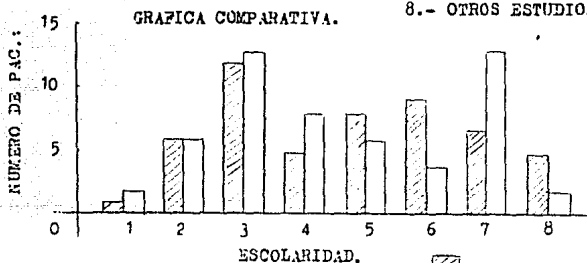
FUENTE: CUESTIONARIO DE P.F. DISEÑADO Y APLICADO EN ESTA
 INVESTIGACION POR LA AUTORA. JULIO-SEPTIEMBRE
 1983.

GRAFICA No. 8

ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES DE LA MUESTRA
 INVESTIGADA. CONSULTORIO No.3, UMF No.2
 JULIO A SEPTIEMBRE DE 1983.



- 1.- ANALFABETAS.
- 2.- PRIMARIA I.
- 3.- PRIMARIA C.
- 4.- SECUNDARIA I.
- 5.- SECUNDARIA C.
- 6.- BACHILLERATO.
- 7.- UNIVERSIDAD.
- 8.- OTROS ESTUDIOS.



FUENTE: CUADROS 8 Y 9.

- POBLACION A-C
- POBLACION B-D

CUADRO No.9

RELACION ENTRE LA ESCOLARIDAD Y LA EDAD, I.V.S.A. Y
PARIDAD DE LAS MUJERES DE LA MUESTRA ESTABLECIDA, -
CONSULTORIO No.3, UMF No.2, JULIO-SEPTIEMBRE 1983.

HORARIO DE CONSULTA A-C :

ESCOLARIDAD :	NUMERO REAL DE PACIENTES :	EDAD :	PROMEDIO DE :	
			INICIO DE VSA:	HIJOS :
ANALFABETAS	1	21	17	3
PRIMARIA I.	6	34	20.6	2.1
PRIMARIA C.	12	33.5	19.8	4.1
SECUNDARIA I.	5	17.8	17	1
SECUNDARIA C.	8	27	19.4	1.8
BACHILLERATO	9	20.8	18.5	1.5
UNIVERSIDAD	7	26.5	22.2	2
OTROS	5	33	24	3

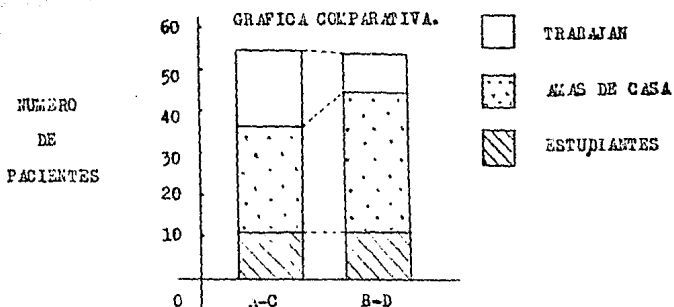
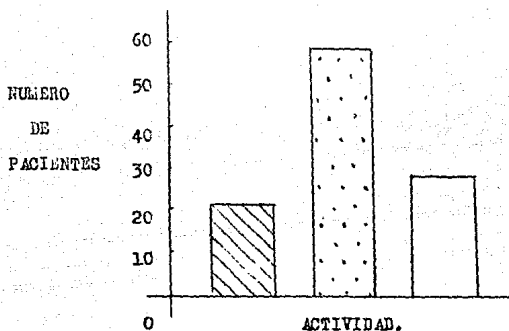
HORARIO DE CONSULTA B-D :

ESCOLARIDAD :	NUMERO REAL DE PACIENTES :	EDAD:	PROMEDIO DE :	
			INICIO DE VSA:	HIJOS :
ANALFABETAS	2	35	18	4
PRIMARIA I.	6	35	18	4.1
PRIMARIA C.	13	28.5	18.7	3.2
SECUNDARIA I.	8	22.7	20.6	2.2
SECUNDARIA C.	6	28	19.2	1.8
BACHILLERATO	4	18.2	17.8	2
UNIVERSIDAD	13	27	20	1.5
OTROS	2	33	21	2.5

FUENTE: CUESTIONARIO DE P.F. DISEÑADO PARA ESTA INVESTIGACION Y APLICADO POR LA AUTORA, JULIO-SEPTIEMBRE 1983.

GRAFICA No. 9

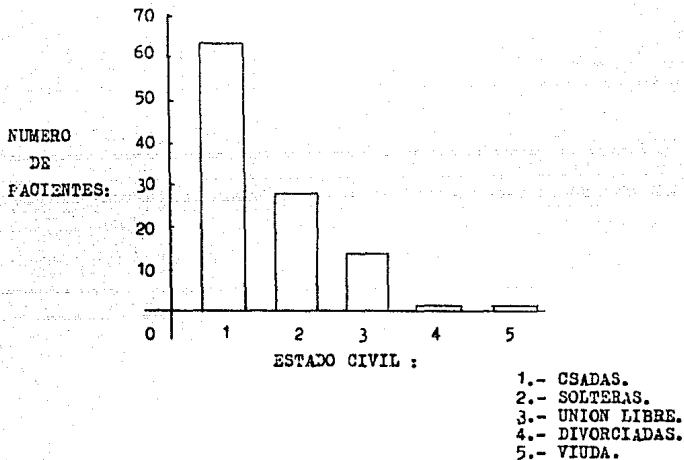
CONDICION DE ACTIVIDAD DE LAS PACIENTES DE LA
MUESTRA DEL CONSULTORIO No. 3, U.M.F. No. 2.
JULIO A SEPTIEMBRE DE 1983.



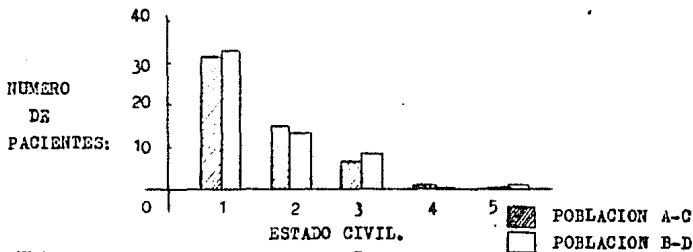
FUENTE: CUESTIONARIO DE P.F. APLICADO A UNA MUESTRA DEL
CONSULTORIO No.3, DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 1983.

GRAFICA No. 10

ESTADO CIVIL DE LA MUESTRA DE MUJERES EN EDAD FERTIL
CONSULTORIO No.3, UMF No.2, JULIO-SEPTIEMBRE 1983.



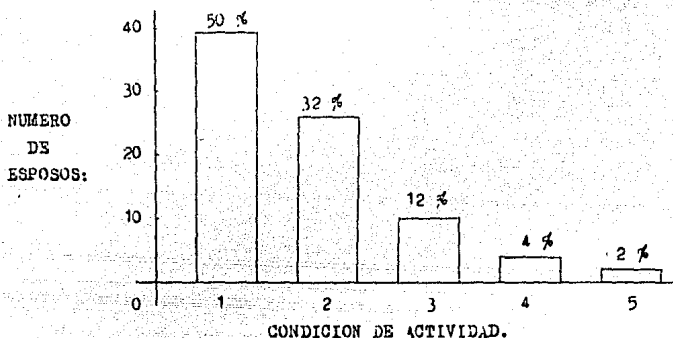
GRAFICA COMPARATIVA DE LAS DOS POBLACIONES.



FUENTE: CUESTIONARIO DE P.F. DISEÑADO
PARA ESTA INVESTIGACION.

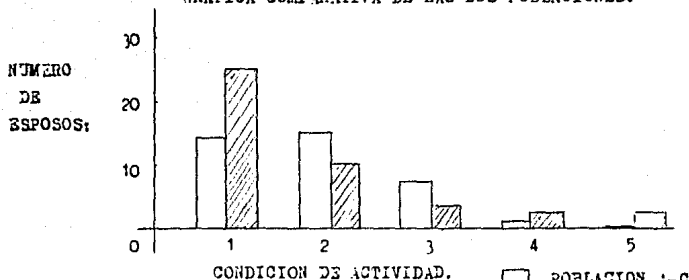
GRAFICAS No. 11

CONDICION DE ACTIVIDAD DE LOS ESPOSOS DE LAS PACIENTES DE LA MUESTRA INVESTIGADA. CONSULTORIO No. 3, U.M.F. No. 2 JULIO A SEPTIEMBRE DE 1983.



- 1.- OBREROS.
- 2.- EMPLEADOS.
- 3.- PROFESIONISTAS
- 4.- COMERCIANTES.
- 5.- OTRAS ACTIVIDADES.

GRAFICA COMPARATIVA DE LAS DOS POBLACIONES.

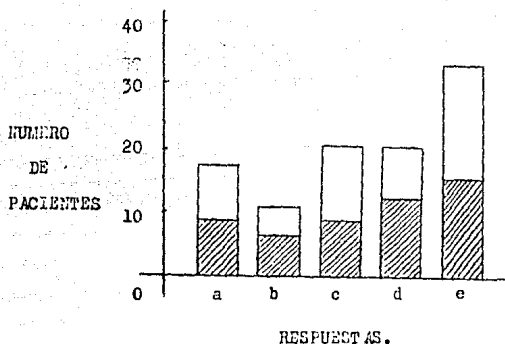


FUENTE: CUESTIONARIO DE P.F. DISEÑADO PARA ESTA INVESTIGACION POR LA AUTORA.

□ POBLACION A-C
 ▨ POBLACION B-D



GRAFICA No. 12

PRINCIPALES MEDIOS DE INFORMACION A CERCA DE PLANIFICACION FAMILIAR A LAS PACIENTES DEL CONSULTORIO No.3, U.M.F. No. 2 JULIO A SEPTIEMBRE DE 1983.



RESPUESTAS :

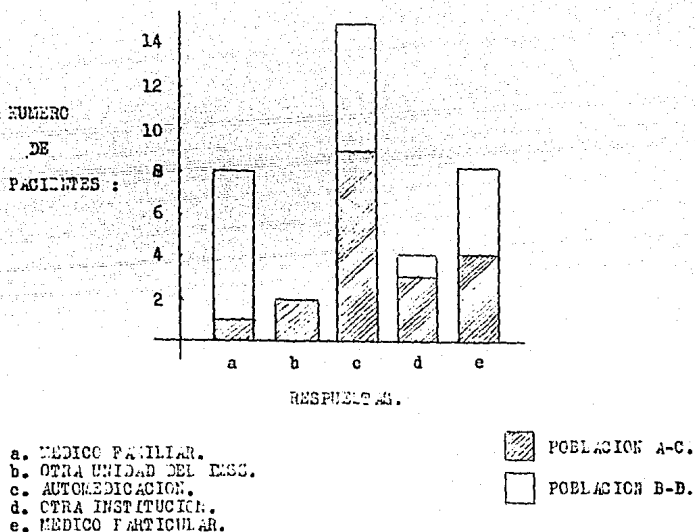
- a) MEDIOS DE DIFUSION.
- b) MEDICO FAMILIAR.
- c) CTRC PERSONAL DEL IMSS.
- d) PERSONAL MEDICO FUERA DEL IMSS.
- e) OTRAS PERSONAS.

 POBLACION A-C
 POBLACION B-D

FUENTE: PREGUNTA No. 4 (¿ QUIEN LE INFORMO A CERCA DE P.F.?), DEL CUESTIONARIO DE P.F. APLICADO A LA MUESTRA DE LA POBLACION DEL CONSULTORIO No. 3 EN ESTUDIO. JULIO A SEPTIEMBRE DE 1983.

GRAFICA No. 13

PRINCIPALES MEDIOS DE ADQUISICION DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR POR LOS PACIENTES DEL CONSULTORIO No. 3, U.M.F. No. 2, JULIO A SEPTIEMBRE DE 1983.



FUENTE: PREGUNTA No. 13 DEL CUESTIONARIO DE P.F. APLICADO A LA MUESTRA DE LA POBLACION EN ESTUDIO DEL CONSULTORIO No. 3, JULIO A SEPTIEMBRE DE 1983.

CAPITULO VII.

CONCLUSIONES.

La investigación de las principales causas de la baja demanda de P.F. en el consultorio no. 3, se realizó con una población de mujeres en edad fértil cuyo promedio de edad de 27.2 años nos indica - que se trata de una población joven con un nivel socioeconómico medio bajo, escolaridad elemental y con muy poca participación en el programa de P.F. del IMSS.

A continuación expongo los factores que pueden estar contribuyendo a la baja demanda de P.F.

ASPECTOS DEMOGRAFICOS.

Edad.- El P.P.F. alcanza su máxima aceptación en el grupo de edad de 30 a 34 años, coincidiendo con los resultados obtenidos en el estudio de fecundidad y uso de métodos anticonceptivos (9); todo esto nos revela que en esta población las pacientes utilizan al gún método de P.F. para limitar su fecundidad más que para espaciar los nacimientos como pretende el programa de P.F. ó sea " inicio - tardío de la fecundidad, espaciamiento de los nacimientos y suspensión temprana de la fecundidad " (10); así es que consideramos urgente la implantación temprana de una educación sexual y de P.F. - a la población para lograr matrimonios maduros y responsables y no para fomentar la promiscuidad como se teme.

Escolaridad.- En esta población encontramos que a mayor escolaridad es menor el número de hijos, tal como lo han encontrado otros investigadores. A partir de secundaria las diferencias en la paridad son mínimas (ver cuadro no. 8). La paridad se incrementa en - las pacientes con carreras cortas y otras, coincidiendo con otros estudios en que las pacientes que desempeñan labores manuales tienen más hijos que las que desempeñan trabajos no manuales ya que - estas últimas requieren de mayor preparación académica (9).

Ocupación.- Mediante el cuestionario se conoció que el 50% de - las pacientes entrevistadas son amas de casa, 25% son estudiantes y otro 25% está compuesto por mujeres que trabajan (con predominio

de la población AC (ver grafica no.9) y si en otros estudios se ha visto que las mujeres que trabajan utilizan más la P.F. tenemos una razón válida para justificar la poca utilización de P.F. en este consultorio; además, la población AC tiene más pacientes en control de P.F. aunque en su mayoría lo lleven en forma independiente a su médico familiar, siendo la razón principal "la facilidad de servicio" (ver preguntas no. 8 y 9 del cuestionario, grafica no. - 13).

. Medios de difusión y promoción del programa de P.F.- Aunque la mayoría de las pacientes entrevistadas estuvieron de acuerdo en que la propaganda de P.F. por los medios masivos de comunicación es adecuada y facil de comprender, un porcentaje mayoritario tambien reveló que había recibido información de P.F. por otras personas (ver pregunta no.4 del cuestionario, grafica no. 12). Esto nos lleva a la conclusión de que la promoción impersonal de los medios masivos de comunicación no es suficiente sino que las posibles usuarias necesitan información directa e individual que se adapte a sus necesidades y que debiendo ser solicitada a su médico familiar, la mayoría de las veces la solicitan a personas con las que tiene más confianza pero que carecen de los conocimientos adecuados; y acerca de esto encontramos que más del 80% de las pacientes entrevistadas revelaron que les gustaría que su médico familiar les informara acerca de P.F., el resto de las pacientes ya han obtenido el metodo definitivo ó cursan con esterilidad; sin embargo, las pacientes no se atreven a solicitar espontaneamente el servicio, - por prejuicios principalmente y la mayoría sugirió la información directa y espontánea del médico a la posible usuaria; esto ultimo hace válida la hipótesis de esta investigación (ver capítulo de objetivos).

Aunque las pacientes niegan la influencia del esposo en su decisión de llevar control de la fertilidad, se encontró que en la población AC (que es la que tiene más pacientes con control de la fecundidad) los esposos tienen estudios universitarios en mayor porcentaje que en la población BD.

En otras investigaciones se menciona la influencia de la religión en forma negativa para la adopción de P.F.; sin embargo, en esta investigación las pacientes entrevistadas negaron tal influencia.

RELACION MEDICO-PACIENTE.

- La relación con la población ha sido deficiente porque este consultorio había tenido cambio constante de médicos hasta hace un año en que ya cuenta con médicos de base, esto trae como consecuencia confusión y desconfianza en la población femenina principalmente, sobretodo en un tema tan delicado como lo es la P.F. en el que existen aún tantos prejuicios, (5).

- La falta de promoción del médico a las derechohabientes queda una vez más demostrado en las respuestas a las preguntas 2, 4, 10, 13, 14, 20, 24 del cuestionario que apliqué a la muestra de la población, lo que me hace concluir que las pacientes ingresan al programa por decisión propia, principalmente para limitar el número de hijos más que para espaciarlos; pero también debemos tener en cuenta que la falta de información viene desde la formación del médico por lo que éste ignora la importancia del programa de P.F. y no se preocupa por hacerle promoción.

- Mediante los cuadros 3 y 4 se puede observar que la población BD acude más a P.F. con su médico familiar que la población AC, lo más probable es que esto se deba a que el médico de la población BE pertenece al sexo femenino y esto contribuye a que las pacientes tengan mayor confianza en solicitarle ayuda de este tipo.

- El cuestionario también revela que la información que da el personal del IMSS en general, acerca de P.F. es deficiente, (ver pregunta no. 7).

MÉTODOS UTILIZADOS.

Esta población utiliza en orden de importancia: el método definitivo, DIU, la pastilla y el método local.

El método definitivo se utiliza más a medida que avanza la edad

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

y paridad de la paciente, predomilando su utilización a partir de los 25 años, cuando ya se ha tomado la decisión de limitar el número de hijos.

El DIU tiene aceptación en todas las edades, en contraposición a lo encontrado en otras investigaciones acerca de que "en el Golfo de Mexico la utilización del DIU es minima" y que "tiene menos aceptación que la pastilla" (11).

La pastilla es utilizada en todas las edades, predominando en el grupo de edad de 20 a 24 años y en esto coincide con la Investigación de Fecundación y Uso de Metodos Anticonceptivos en Mexico (9); aunque en nuestra población la utilización de este metodo en edades mayores de 35 años nos revela el conocimiento deficiente del médico acerca de los metodos que está administrado, (ver cuadros 5 y 6).

Al igual que en otras investigaciones, encontré que las pacientes de 20 a 29 años utilizan los metodos más recomendables y eficaces (9).

En general, obtuve las siguientes conclusiones :

- Mientras los conocimientos del médico acerca de materias relacionadas con la P.F. como son demografía, antropología, estadística, sexología, etc., sean deficientes, éste no tendrá bases para comprender las necesidades que fundamentan el programa de P.F. y los objetivos del mismo y no estará capacitado para ser el promotor principal del programa como se desea.
- Las pacientes utilizan la P.F. por decisión propia, más para limitar que para espaciar los embarazos.
- La escolaridad de las pacientes influye mucho en la paridad de las mismas.
- El que la paciente trabaje influye favorablemente en la adopción del programa ya que el trabajo no es compatible con un número grande de hijos.
- Hace falta educación medica acerca de sexología y P.F. a las pa

cientes solteras para enfrentarse al matrimonio con responsabilidad.

- El exceso de trabajo a que se enfrenta cotidianamente el médico familiar ocasiona que éste otorgue atención deficiente a la población y esto perjudica al P.P.P.

CAPITULO VIII

ALTERNATIVAS DE SOLUCION.

El programa de P.F. se enfrenta con una grán variedad de obstaculos para su promoción y aceptación como se puede observar en el capitulo de conclusiones.

La solución que susiero a este problema se resume en los siguientes incisos :

- 1.- Educación medica continua para todos los medicos familiares - acerca de los principales topicos relacionados con la P.F.
- 2.- Mayor promoción y educación de P.F. a la población en general.

Así, la participación en las acciones de promoción corresponde a los siguientes componentes del equipo interdisciplinario de P. F. en las unidades medicofamiliares :

A.- LA INSTITUCION.

- Brindar cursos de educación medica continua a todos los medicos familiares para ampliar sus conocimientos relacionados con los aspectos socioeconomicos, psicologicos, medicos y de sexología relacionados con la P.F. y tengan bases para comprender la problemática que fundamenta al programa de P.F.
- Proporcionar material audiovisual de apoyo para la promoción - que realice el médico y personal paramédico a la población.
- Descartar de las U.M.F. los consultorios aislados de P.F. ya - que esto resta responsabilidad al médico acerca del control de su población y crea también confusión en las pacientes.

B.- EL MEDICO.

Su participación se engloba en cooperación, iniciativa y difusión del programa de P.F., así como la motivación y mejor atención a su población.

C.- PERSONAL PARAMEDICO.

Se requiere su cooperación para la promoción del programa de P.

F., así como la orientación y mejor atención a la población.

En estas condiciones la actuación de la población en relación al control de la fecundidad va a depender de la motivación que reciba de su médico familiar.

CAPITULO IX.

BIBLIOGRAFIA.

- GREEN, C.P.: Esterilización voluntaria: el metodo anticonceptivo de mayor aceptación en el mundo. Population Reports. Topicos especiales no. 2, octubre 1978, U.S.A.
- STEPAN, J.; KELLOGG, H.E. y PIOTROW, T.P.: Tendencias y problemas legales de la esterilización voluntaria, Population Reports, Legislación y politicas. Serie E, no. 6, mayo 1982. U.S.A.
- AVILES, A.E.: Relación de la sexualidad con la planificación familiar. Revista de la Facultad de Medicina. Mexico. - vol. XXV, año 85, no. 2/1982, edit UNAM.
- SIQUEIRA, I.W.: Latin American perspectives on the individual and the greater community. Draper Fund Report. no. 12, August 1983. U.S.A.
- MARTINEZ, M.J.; GARCIA, N.J.; RUIZ, F.L. y MOJALHO, D.O.: Fecundidad, uso de metodos anticonceptivos y atención materna en la zona fronteriza Mexico-Estados Unidos. - IMSS. Jefatura de Servicios de Planificación Familiar Mexico. Junio 1981.
- MARTINEZ, H.J.: Fecundidad y uso de metodos anticonceptivos en Mexico. IMSS Jefatura de servicios de P.P. Mexico. Mayo 1981.
- ORTIZ DE C., G.R.: La planificación familiar: una actividad interdisciplinaria. Centro de estudios psicologicos del Instituto de Ciencias de la Salud. U.V., Xalapa, Ver. 1982.
- GONZALEZ, L.A.: Educación medica en Planificación Familiar. Tesis de posgrado en Medicina Familiar. IMSS. Cordoba, Ver. 1983.
- CHAIN, R.O.: Programa de P.P. Tesis para obtener el titulo de medico cirujano. U.V., Cd. Mendoza, Ver., 1983.

COLMENARES, O.: Que hacer para ya no tener niños. Mexico. Edit. - Meridiano, S.A., 1973.

HENRIQUES, M.E.: La población, la pobreza y el poder. Critica de libros. Perspectivas Internacionales en Planificación familiar. Vol. 8, no.2, junio 1982, U.S.A.

Antecedentes historicos de Planificación Familiar. Educación medica continua en P.F. Jefatura de Enseñanza e Investigación. Deleg. Veracruz Sur. H.G.Z.O., IMSS, Orizaba, Ver, 1982.

Boletín de Planificación familiar. IMSS. Año III, no.2, Mexico. - Feb./1981.

Boletín de Planificación familiar. IMSS. Mexico. D.F. Año IV, no. 3, Mayo/junio, 1982.

Compendio de P.F., Mexico 1982. Coordinación general de P.F., S.-S.A.

Plan Nacional de Planificación familiar. Coordinación Nacional. Talleres graficos de la Nación, Mexico. 1977.

REFERENCIAS.

- 1.- González, L.A., Educación medica en P.F., p. 3, 4.
- 2.- Antec. Historicos de P.F.
- 3.- Chaín, R.O., Programa de P.F. p. 9
- 4.- Colmenares, O., Que hacer para..., p. 7, 11.
- 5.- Ortiz de C., G.R., La P.F.: Una actividad interdisciplinaria.
p. 27, 29, 267, 51, 55.
- 6.- Boletín de P.F. 1981.
- 7.- Boletín de P.F. 1982
- 8.- Compendio de P.F., p. 222.
- 9.- Martínez, M.J., Fecundidad, uso de metodos anticonceptivos y
atención materna...., p. 33, 21, 37, 39.
- 10.- Avilés, A.E., Relación de la sexualidad con P.F., p. 70.
- 11.- Martínez, M.J., Fecundidad y uso de metodos anticonceptivos
en Mexico., p. 72.