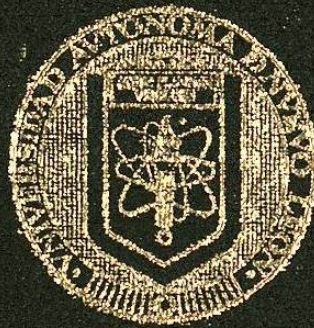


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA  
SECRETARIA DE POST-GRADO



ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL, PROCESOS  
DE COMUNICACION Y LOGROS DE OBJETIVOS  
DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

ESTUDIO DE CAMPO REALIZADO EN LA  
LOCALIDAD DE CADEREYTA JIMENEZ, N. L.

T E S I S

QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRO  
EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD EN  
ADMINISTRACION DE SERVICIOS

PRESENTA:

LICENCIADA ROSA EMILDA BARILLAS RANGEL

MONTERREY, N. L.

JULIO DE 1990



TM

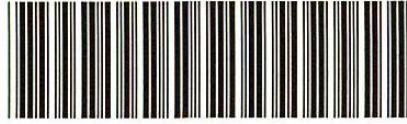
Z6675

.N6

FEn

1990

B3



1020072121

14 JUL. 1990

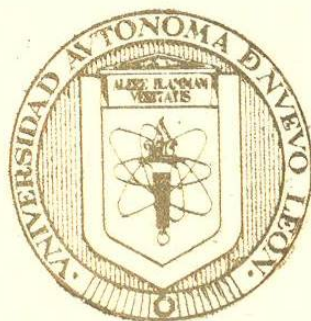


DIRECCION GENERAL DE  
ESTUDIOS DE POSTGRADO

BIBLIOTECA DE POST-GRADO  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
U. A. N. L.

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA  
SECRETARIA DE POST-GRADO



ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL. PROCESOS  
DE COMUNICACION Y LOGROS DE OBJETIVOS  
DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

ESTUDIO DE CAMPO REALIZADO EN LA  
LOCALIDAD DE CADEREYTA JIMENEZ, N. L.

## TESIS

QUE EN OPCION AL GRADO DE MAESTRO  
EN ENFERMERIA CON ESPECIALIDAD EN  
ADMINISTRACION DE SERVICIOS

PRESENTA:

LICENCIADA ROSA EMILDA BARILLAS RANGEL

MONTERREY, N. L.

JULIO DE 1990

BIBLIOTECA DE POST-GRADO  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
U. A. N. L.

TM  
Z6675  
.N6  
FEn  
1990  
R3



**FONDO TESIS**

63003

4 JUL 1990

" ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL, PROCESOS DE  
COMUNICACION Y LOGROS DE OBJETIVOS DEL  
PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR ".

ALUMNA:

ROSA EMILDA BARRILLAS RANGEL

ASESOR DE TESIS:

LIC. ESTHER GALLEGOS H.

MONTERREY, N.L., JULIO DE 1990

BIBLIOTECA DE POST-GRADO  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
U. A. N. L.

NOTA DE APROBACION:

W. Villarreal  
M. Alonso  
A. Castillo

COMISION DE TESIS:

PRESIDENTE: ING. ALEJANDRO VILLARREAL T.

SECRETARIA: LIC. MAGDALENA ALONSO CASTILLO.

VOCAL: DRA. MED. ADELA A. CASTILLO DE ONOFRE.

MONTERREY, N.L., JULIO DE 1990

BIBLIOTECA DE POST-GRADO  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
U. A. N. L.



## **DEDICATORIA**

A mis hijos y nietos con todo mi amor.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Dra. Teolinda Galicia de Nuñez, Director de Salud Pública Internacional, Venezuela; por su invaluable ayuda para la realización de mis estudios de Maestría, y a la Oficina Sanitaria Panamericana por el otorgamiento de una Beca.

A la Lic. Mariana López de Laredo, Directora de la Facultad de Enfermería de la U.A.N.L., por su apoyo en el desarrollo de este trabajo.

De una manera especial a la Lic. Ma. Magdalena Alonso Castillo, Secretario de Post-Grado de la Facultad de Enfermería de la U.A.N.L., por su valiosa orientación y estímulos brindados.

A las Licenciadas Esther C. Gallegos Hdz., Ma. del Refugio Durán L. y Miriam Ovalle, por el apoyo en la realización de esta tesis.

A todas las personas que de alguna manera ayudaron en el desarrollo y consecución de este estudio.

Muchas Gracias.

BIBLIOTECA DE POST-GRADO  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
U. A. N. L.

## I N D I C E

	Página
I. RESUMEN .....	5
II. INTRODUCCION.....	9
III. MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	14
Estructura y comunicación en la Organización	
Variables Fundamentales para el Análisis de los Factores que afectan el Programa de Planificación Familiar	
IV. DEFINICION OPERATIVA DE VARIABLES .....	28
V. MATERIAL Y METODOS .....	30
Material	
Métodos	
VI. RESULTADOS Y DISCUSION.....	37
VII. CONCLUSION.....	88
VIII. LIMITACIONES.....	92
IX. REFERENCIA Y BIBLIOGRAFIA ADICIONAL.....	93
Referencias	
Bibliografía Adicional	
X. ANEXOS.....	101

\* \* \*

BIBLIOTECA DE POST-GRADO  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
U. A. N. L.

## I. RESUMEN

Se analizaron 303 entrevistas de la localidad de Cadereyta, Nuevo León, durante los meses de Marzo y Abril de 1990. Dicha información fué proporcionada por personal médico y de enfermería de los Centros de Salud Cadereyta, Lázaro Cárdenas, y Salinas de Gortari; y mujeres de 15 a 49 años, usuarias o no del programa de planificación familiar. El agrupamiento de la información se efectuó por medio de programas estadísticos, y para la comparación entre los datos se realizó una prueba no paramétrica (Chi cuadrada) y análisis gráfico.

Los resultados aquí obtenidos demuestran que:

Las variables que presentaron relación significativa con el logro de objetivos y el conocimiento de la estructura fueron: patrones de autoridad y responsabilidad; información sobre el programa (el programa de planificación familiar), coordinación y motivos de comunicación.

Las variables que no presentaron dependencia significativa con el logro de objetivos y la participación en la estructura ligada a la comunicación fueron: información sobre las actividades del programa y participación en las actividades tanto del personal médico como el de enfermería.

Las variables que presentaron dependencia significativa con el logro de objetivos y los sistemas de comunicación en el programa de planificación familiar fueron: medios para recibir comunicación y conocimientos de medios. Menor dependencia se encontró entre el uso de información y el conocimiento del personal. Y no presentaron dependencia los motivos para utilizar manuales de normas y procedimientos del programa y el personal médico y el de enfermería.

Se puede concluir que la asignación de recursos humanos para el servicio de planificación familiar, reduce la participación y el conocimiento de los sistemas de comunicación. La situación conduce a considerar la posibilidad de diseñar alternativas que permitan integrar al resto del personal en procesos combinados de tareas en el programa. Estos datos también podrían ayudar en el centro de salud.

Las variables que presentaron relación con la planificación familiar fueron: grupos de edad y el número de hijos en usuarias; grupos de edad y total de mujeres que planean o no tener más hijos.

La edad con mayor frecuencia de: usuarias se encontró entre 20 a 29 años; y de usuarias y no usuarias que planean tener más hijos en el futuro, se encontró entre los 15 a 24 años, aunque existe una alza en el número en los dos grupos que no desean tener más hijos.

Los medios para planificar con mayor número de mujeres entre 20 a 29 años fueron: centro de salud, seguro social y médico particular.



Las razones con mayor porcentaje de usuarias para dejar de asistir a la consulta se encontró en: Cree que no debe controlarse (23%); planifica por su cuenta (9%); y no le cayó bien el método (7%).

Las variables que presentaron dependencia significativa con el conocimiento del programa de planificación familiar fueron: información recibida y conocimiento de usuarias y no usuarias del programa. Sin embargo, se establece que la información en la mayoría de las mujeres adolece de mayor especificación.

El conocimiento en relación al espaciamiento entre embarazos y cuándo se planifica resultó tener mayor impacto en el reajuste del presupuesto y disponibilidad de tiempo para atender a la familia, que en riesgos para la salud madre-hijo, que representan el 41 y 12% respectivamente.

El mayor conocimiento de métodos anticonceptivos entre usuarias y no usuarias se encontró en las pastillas (27%); dispositivo intrauterino (43%); inyecciones (41%); salpingoclasia (39%). Y el menor conocimiento, en la Vasectomía (18%). Las ventajas para las usuarias de los métodos que usaban en base a los señalados, son la efectividad y seguridad; y las desventajas radicaban en efectos no deseables en el organismo.

El conocimiento del programa en relación a fuentes formales e informales no presentó dependencia.

Se puede concluir que el ingreso de las mujeres al programa de planificación familiar está ligado con la informa-

ción que reciben sobre el mismo. Esto conduce a considerar la posibilidad de ampliar los esfuerzos de investigación orientados a verificar en usuarias y no usuarias el conocimiento del programa, en términos de sus necesidades de información en relación a cada uno de los aspectos mencionados. Estos datos también podrían ayudar en el Centro de Salud.

## I I. INTRODUCCION

A nivel mundial, mantener el continuo avance hacia el desarrollo y la salud frente a la explosión dinámica de la población es uno de los grandes retos de la época actual.

La naturaleza e importancia de la planificación familiar en México, fué reconocida a principios de la década de los sesenta, cuando organizaciones como la Fundación para Estudios de la Población, dieron inicio a la promoción de servicios anticonceptivos en las áreas urbano marginadas y en menor escala en las rurales.

En los años setenta la población mexicana alcanzó la cifra de cincuenta millones de habitantes, lo que conllevó a reorientar la política demográfica, lo cual se evidenció en medidas tales como: la aprobación del nuevo código sanitario que derogó la prohibición de venta y propaganda de anticonceptivos; la publicación del artículo 4º constitucional que establece "toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos"<sup>1</sup>; la promulgación de la Ley General de Población, en la misma se expresa que los programas de planificación familiar ayudan a regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población. Hecho que ubica a la planificación familiar dentro del Plan Nacional de Desarro-

llo como propósito de la política social en materia de salud, y en la Ley General de Salud como prioridad. "Está claro que las leyes conciben a la planificación familiar como un medio y no como un fin en sí mismo"<sup>2</sup>. A finales de esta década, el programa se había extendido a la mayoría de las clínicas oficiales urbanas, mismas que desarrollaron sus propias acciones, lo que condujo en 1977, a la elaboración de un plan con objetivos, estrategias y metas demográficas y de salud en el sector público y se creó la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar para el sector salud.

En el lapso 1984-1988, el programa interinstitucional de planificación familiar se enmarcó en el contexto de salud materno infantil.

En estrecha vinculación con lo anterior, las estrategias del programa promueven lineamientos para la elaboración y establecimiento de normas técnicas en la prestación de servicios.

Para 1988, según estimación de la Secretaría de Salud, la meta fué alcanzar un crecimiento de población de 1.9% anual. Para obtener la meta se requería que 7.6 millones de mujeres usaran algún tipo de anticonceptivo moderno; y lo esperado sería que 600.000 mujeres demandaran alguno de los métodos tradicionales. Hasta ahora principalmente se han incorporado a la práctica anticonceptiva las personas que tienen acceso a los servicios de salud urbanos, aún cuando muy por debajo de las cifras deseables.

Las consecuencias más visibles de demanda insatisfecha de los servicios de planificación familiar, se concentra sobre todo en los grupos de mujeres de localidades urbano mar-



ginadas y de las rurales. Desde esta perspectiva la consecución de las metas y objetivos del programa implica la ampliación de cobertura a las comunidades señaladas.

En la población que habitan las áreas antes mencionadas, las coberturas de las mujeres menores de veinte años que tienen compañero, muestran niveles que podrían mejorarse en forma considerable, en relación con otros grupos de edad; ésto explica en parte el que anualmente se registre elevada tasa de natalidad en adolescentes, lo que plantea altos riesgos para las jóvenes y repercusiones en las posibilidades de su desarrollo adecuado.<sup>3</sup>

El potencial latente de mejoramiento del programa de planificación familiar parece originarse en parte a diversos aspectos del modelo organizacional que lo enmarca, principalmente en aquellas instancias que enlazan la fase estructural con la fase operativa. En este ámbito puede ser relevante la manera como determinados elementos del contexto y del proceso que caracterizan estas zonas están influyendo en las posibilidades de desempeño en la fase de ejecución del programa y que pueden manifestarse por un lado en la permanencia de formas tradicionales de procesos de comunicación, como las sustentadas en la distribución de servicios, actividades y la responsabilidad entre personas y departamentos y que se asocian con el beneficio de contar con una comunicación efectiva dentro de la estructura y la jerarquía; y por el otro lado, en las situaciones que afectan a dicho programa que pueden deberse a factores de accesibilidad, manejo, conocimiento e información.

De todo lo anterior, es importante destacar que un programa que plantea alcances como reducir el crecimiento poblacional, mejorar la salud materno infantil, disminuir la frecuencia de embarazos no deseados junto con sus problemas asociados, y aumentar la capacidad individual para planear la familia, podía alcanzar sus metas y objetivos en la medida en que a su modelo organizacional general, se le pueda incorporar adecuaciones operativas, que faciliten la inclusión de los elementos a los que se han hecho referencia. Así, la estructura organizacional, proceso de comunicación y logros de objetivos del programa de planificación familiar, constituyen la temática del estudio, sobre todo si se toma en cuenta que el problema imperante observado durante la práctica comunitaria en el programa de planificación familiar es su inadecuado manejo, y de hecho, que su operación está ligada con la estructura organizacional. Sus principales fallas son las que tienen que ver con la comunicación del personal de salud con el usuario, y el tipo de supervisión que se realiza a nivel operativo.

Estos defectos se traducen en personas desinformadas que abandonan o llevan en forma irregular su control, y en el personal profesional y no profesional que no conoce lo suficiente del programa de planificación familiar y sus beneficios como programa de salud.

El programa establece el desarrollo de actividades de promoción y difusión, atención al usuario, selección y prescripción del método anticonceptivo, seguimiento del usuario, información, investigación, capacitación del personal, y de

su administración.

Para el cumplimiento de las actividades se requiere del apoyo de la estructura organizacional, que entre sus funciones está la de facilitar el cumplimiento de los objetivos, en este caso concreto los del mencionado programa.

Con base a lo expuesto, se plantea la <sup>Problema</sup> pregunta : ¿ Hasta qué punto la comunicación formal como elemento de la estructura organizacional facilita la consecución de los objetivos y metas del programa de planificación familiar en una localidad suburbana ?.

Se considera que la información que se genere del estudio sistemático de este problema es importante para el administrador de enfermería del primer nivel de atención, y que, a partir de este conocimiento, pueda proponer alternativas, que le permitan definir su participación en la estructura organizacional y sistemas de comunicación.

### III. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

#### Estructura y Comunicación en la Organización

Los planteamientos en torno a la estructura no presenta divergencias cuando se trata de explicar las formas de relaciones que representa entre los componentes de la organización. Para ciertos autores la estructura está relacionada en forma intangible pero real con el funcionamiento de una organización. Katz y Kahn afirman que por sus características estructurales un sistema social está conformado de eventos más que de partes físicas, por tanto, no tiene estructura aparte de su funcionamiento, y sostienen que las comunicaciones son la esencia misma de un sistema social y/o organización.<sup>4</sup> La estructura de un sistema social no se ve, pero puede inferirse a partir del comportamiento de la organización y de las operaciones que realiza.<sup>5</sup> De hecho, la estructura institucional es un resultante del contexto económico, político y social.

La presencia de variedad de estructuras en la organización se debe a sus diferencias intraorganizacionales. Al respecto, Blau y Schoeninger, afirman que la diferenciación estructural es un resultado del aumento en el tamaño, y ésta se mide por el número de niveles, tanto en la estructura administrativa como en la departamental y las actividades de



la empresa.<sup>6</sup> En consecuencia se asocia el aumento en el tamaño con una mayor estructuración de las actividades organizacionales y la disminución en la concentración de autoridad.

La práctica administrativa se relaciona con el tamaño de la unidad que se supervisa. El tamaño más grande se asocia con la flexibilidad de las tareas del personal, grado de delegación de autoridad con énfasis en los resultados y no en procedimientos.<sup>7</sup>

Los efectos del tamaño son diferentes en cada participante, las expectativas y la preparación que una persona lleve, en el caso, al centro de salud, son factores importantes sobre la forma en la cual reacciona hacia ella.

Respecto al tamaño, Aldrich, reportó que ésta es en realidad, una variable dependiente, y concluyó que el principal determinante de la estructura es la tecnología.<sup>8</sup>

El hecho que la empresa tenga que estructurarse de manera diferente de acuerdo a sus tareas, evidencia la asociación entre las actividades que lleva a cabo y la diversidad de tecnologías que posee. Referente a las relaciones entre la tecnología y la estructura, Woodward encontró que la tecnología utilizada afectaba por igual a los niveles administrativos, el tramo de control de los supervisores y la relación entre el personal.<sup>9</sup>

Al considerar la estructura organizacional se reconoce que es un medio en el cual se ejerce el poder, se toma decisiones y se lleva a cabo las actividades, y además, posee

funciones que tiene que ver con: la producción de resultados; la obtención de objetivos; y el equilibrio de las influencias individuales y/o grupales sobre la organización.

La supervivencia organizacional está ligada a la capacidad del administrador para recibir, transmitir la comunicación e influir en ella. La reproducción de estas relaciones, mismas que se transforman conforme el potencial que tiene la comunicación para aumentar el aprovechamiento del individuo, es una condición indispensable para comprobar entre otros los beneficios de la comunicación en: el mejoramiento del aprendizaje, la capacitación, toma de decisiones, y en la calidad final del servicio brindada al usuario, en el caso concreto, del programa de planificación familiar.

El conocimiento de la estructura organizacional surge de las necesidades, por lo que la comunicación viene a ser un proceso fincado en la producción del conocimiento. La validez de este proceso lo da la persona o el grupo al participar en un plan de trabajo, programa, y/o proyecto de transformación, en el caso concreto el personal del centro de salud.

Las relaciones entre el personal, condicionan la forma en que se efectúa la toma de decisiones, misma que se da en los diversos niveles compartidos por los que participan en la estructura; y comprenden fases de ejecución, evaluación y seguimiento de los proyectos de acción, a fin de lograr la consecución de los objetivos propuestos.

El personal demanda continuamente, la dirección de

coordinación intra y extraorganizacional en las actividades, mismas que determinan de cualquier manera la toma de decisiones en cuanto a organización y atención al usuario. La coordinación se puede lograr manejando registros, transfiriendo información y retroalimentación y por medio de informes generados de las actividades desarrolladas.

La participación del personal en la estructura, es una estrategia de aprendizaje, y ésto implica un proceso de comunicación. La participación conlleva a que los individuos tomen parte en las decisiones, en el centro de trabajo, programas y contextos que les afectan.

#### Canales de Comunicación

La estructura organizacional estipula de un modo formal la comunicación ascendente, descendente, y horizontal. Sin embargo, las diferencias que presentan estos sistemas de comunicación con los problemas que surgen en su implementación en la organización; es cuando el sistema descendente domina al ascendente.

Leavit asoció la efectividad de la comunicación en dos direcciones con el grado de confianza que el subalterno tenga del jefe.<sup>10</sup> Un clima de confianza mutua entre el supervisor-subordinado pueden facilitar la comunicación.<sup>11</sup>

La comunicación descendente está sujeta a fallas debido a malas interpretaciones de los mensajes a medida que recorren la institución hacia los niveles inferiores de la jerarquía.

Se puede plantear que en general el surgimiento de estos problemas tiene un significativo impacto en los objetivos, favorecido por las fallas en la retroalimentación tanto descendente como ascendente.

El desarrollo de mecanismos de retroalimentación en las áreas de atención directa al usuario, requiere de la aceptación de las normas, establecer coordinación intra y extramuros; entendimiento entre las ideas que se generen y las personas; y producir los cambios necesarios en el desempeño de las actividades. Para llevar a cabo esto, es necesario la existencia de la retroalimentación ascendente que permita la función control de la administración de cualquier programa.

Hage y colaboradores reportaron una asociación entre el volumen de comunicación y la necesidad de coordinar los diversos especialistas. El flujo de información horizontal es un factor que influye en las comunicaciones departamentales cruzadas al mismo nivel jerárquico; la organización aparece apoyada entonces en un sistema de información recíproca para obtener la coordinación.<sup>12</sup>

Dentro de los factores asociados con la evaluación de un sistema de comunicación están el funcionamiento y limitaciones en su efectividad, como ejemplo, la organización de la atención en la planificación familiar como lo es la referencia y contrarreferencia de usuarias, no se refleja en el sistema de comunicación, mismo que para continuar existiendo necesita que su proceso le permita seguir las líneas de responsabilidad y referencia en el programa.

El proceso anterior tiene efectos significativos sobre



las acciones tanto internas como externas que se realizan en el programa de planificación familiar, en donde influyen factores relacionados con la comunicación y las necesidades de información que surgen de las diferentes actividades, tanto para el personal de atención directa al usuario como para el administrativo y la comunidad. Esto plantea nuevas situaciones para el personal de atención directa en la oportunidad de la información, y hace que persista la comunicación efectiva que permite al personal médico y de enfermería disponer de mecanismos para realizar acciones intra y extramuros rutinarias y especiales como serían en : la ampliación de coberturas, promoción de la demanda, contribución a la comunidad a nivel individual, grupal, y actualización del personal.

Las necesidades de información no solo revelan los tipos y tamaños respectivos de los sistemas de información en la organización y en los grupos de personal con intereses comunes, sino que se ven sujetas a un proceso de limitación que se concreta durante el desarrollo de una actividad y/o programa. Un rasgo fundamental es la conformación de factores que limitan al personal médico y de enfermería la posibilidad de desempeñarse con efectividad.

Dentro de este orden de ideas, los más importantes factores en las necesidades de información son:

La accesibilidad de la información, que está determinada por la facilidad o dificultad de recibir por un lado, información en el desempeño del trabajo, y por otro, retroalimentación sobre las actividades realizadas; así como el conoci

miento que cada uno de los subordinados posea de: la persona que tiene que contactar para obtener información y coordinación, y la utilización de manuales de normas y procedimientos.

Los canales de comunicación son eslabones entre los miembros de la organización, que les permiten conocer los canales que funcionan en ésta, en el caso del programa llevan o no a saber por quién, cómo y dónde es recibida, distribuida y evaluada la información; y el uso que se le da a esta información.

La claridad de los mensajes, puede ser interrumpida por definiciones múltiples para una misma palabra, interpretación personal de las palabras y mensajes duales. En todo caso, se debe contar con opiniones del personal acerca de la claridad de las comunicaciones recibidas de su jefe.

Los tramos de control están representados en el número de personas que un supervisor tiene a su cargo.

En los tramos pequeños de control hay más tiempo y oportunidades para la comunicación interpersonal. Sin embargo, en los tramos grandes la comunicación directa es limitada entre el jefe y el subalterno.

En todo caso debe considerarse que el acceso a la consulta inmediata con el jefe, afecta directamente la calidad del servicio y la confianza tanto del personal como la del usuario.

El control de flujo y carga de la comunicación, otro factor relevante en este sentido, es la definición de la in -

formación y la retroalimentación por las personas que ostentan el poder. Existe un alto control de flujo cuando el administrador tiene poder de tomar decisiones acerca de cuándo y en qué forma el mensaje pasa a través de su oficina.<sup>13</sup>

La influencia de las condiciones restrictivas sobre la información se ve medida por diferentes aspectos tales como: desconfianza en el personal de salud al creer que se le está negando la información; escasa comunicación; fallas en el funcionamiento y la productividad en el centro de salud.

La eficacia del comunicador, es otro elemento de la esfera de las necesidades de información que afecta por igual el resultado previsto de un mensaje y la satisfacción del receptor por la comunicación recibida.

El proceso comunicativo en el hombre requiere que el individuo pueda recibir información, integrarla centralmente y expresarla.<sup>14</sup>

El hecho que las actividades de la comunicación sean parte de las acciones de la organización y percibidas en forma adecuada, pueden influenciar las actitudes del personal médico y de enfermería hacia el ambiente del trabajo y el desempeño laboral.

#### VARIABLES FUNDAMENTALES PARA EL ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE AFECTAN EL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El programa puede ser afectado por un gran número de factores de accesibilidad: en motivación, uso de anticon-

ceptivos y asistencia a la consulta; en el manejo: actitud y conocimiento de las actividades del personal de salud; en el conocimiento del programa: contenido de información, actitud, comunicación y fuentes de información; información: como oportunidad y transcripción.

#### FACTORES DE ACCESIBILIDAD

Motivación, Uso de Anticonceptivos y Asistencia a la Consulta.

Algunos investigadores han encontrado resultados similares en lo referente a la influencia de la accesibilidad al servicio de salud sobre la planificación familiar, como lo reportado por la Organización Panamericana de Salud en Estados Unidos (1985), de los hallazgos de la Encuesta Mundial de Fertilidad, donde se resalta que la accesibilidad se relaciona con la motivación; y de manera importante con el estímulo al uso de anticonceptivos.<sup>15</sup> Al respecto la Secretaría de Salud en México (1985) publicó que otros aspectos significativos que pueden causar el efecto de sustitución del programa son la mayor accesibilidad del establecimiento de salud.<sup>16</sup>

La asistencia de las mujeres a la consulta está ligada a la satisfacción de las necesidades de información de la comunidad usuaria de los servicios de planificación familiar. En todo caso debe considerarse que la accesibilidad del contenido de los mensajes de difusión por el medio que sea, afecta de una forma u otra a las mujeres en edad reproductiva. Los estilos de respuesta con que este grupo se enfrenta

a la información y trata de manejarla son decisivos también en la asistencia a la consulta.

En relación al uso de anticonceptivos y asistencia a la consulta, Vázquez, L., en Nuevo León (1979) reportó que el embarazo deseado fué la causa más importante para que grupos de mujeres abandonaran el método anticonceptivo. Las personas que dejaron de asistir a la consulta y/o abandonaron el método expresaron algún tipo de padecimiento en su organismo.<sup>17</sup>

#### FACTORES DE MANEJO DEL PROGRAMA

##### Actitud y Conocimiento de las Actividades

La expansión del conocimiento de los objetivos a lograr en el programa de planificación familiar, provoca en el personal la necesidad de saber cuál es la actividad que tiene que realizar dentro de este programa, para dar respuesta a lo que el servicio espera de él.

En todo caso debe considerarse que los procesos de combinación de tareas contribuye al conocimiento por la utilización de controles de resultados, tales como, promoción, seguimiento de mujeres que han abandonado el control, y/o captación de nuevas usuarias; lo que permitiría al personal en términos de resultados reforzar la comunicación intra y extramuros. Al respecto la Secretaría de Salud en México (1984) encontró que existía actitud desfavorable del personal hacia la planificación familiar; gran parte de éste descono

cía que dar información y orientación del programa era una actividad inherente a su trabajo.<sup>18</sup>

#### FACTORES DE CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.

Contenido de Información, Actitud y Comunicación, y Fuentes de Información.

##### Contenido de Información

En general puede plantearse que el conocimiento del programa de planificación familiar está relacionado a la práctica anticonceptiva, en los aspectos de información sobre órganos sexuales femeninos; su función; formación de embarazos; espaciamiento entre embarazos; cuándo debe planificar; métodos anticonceptivos con sus ventajas y desventajas; implica además, las fuentes de donde se obtuvo el conocimiento de este programa. García, R. y colaboradores (1975) en Nuevo León, reportaron haber encontrado relación significativa entre la práctica anticonceptiva y el conocimiento entre las mujeres de los procesos fisiológicos del aparato reproductor femenino.<sup>19</sup> La Secretaría de Salud en México (1986) publicó para las zonas rurales y urbano marginadas, que el interés sobre el tópicó de planificación familiar se centró en la demanda de conocimiento de métodos anticonceptivos y cómo se planifica.<sup>20</sup>

##### Actitudes y Comunicación

Respecto a los factores actitudinales que favorecen a

la planificación familiar, Covarrubias en México (1982) encontró asociación positiva entre mujeres que estaban planificando y el cambio de actitud hacia los beneficios que representaba en el mejoramiento de la calidad de vida en cuanto a que el dinero alcanza para satisfacer las necesidades de comida, vestido, educación, salud y recreación del grupo familiar.<sup>21</sup>

En relación a las expectativas de información se ha reconocido que adquirir información acerca de los efectos positivos o negativos de un comportamiento determinado, que para este caso son los beneficios del programa de planificación familiar, no es condición suficiente para lograr un cambio. Por lo tanto, dentro de este orden de ideas cobra importancia la comunicación ya que es conocido que ésta canaliza y refuerza el cambio actitudinal, cuando un nuevo comportamiento tiene que ser repetido. El mismo sólo puede predecirse en la medida en que se entiende la comunicación, por ejemplo, a medida que las mujeres adquieren conocimiento del programa a través de la promoción y difusión de sus actividades.

En lo referente a los factores de comunicación que afectan al programa, la Secretaría de Salud (1986) reportó haber encontrado diferencia significativa entre la comunicación que se da entre las parejas sobre el número de hijos que desean tener, en particular en las zonas rurales donde hablan menos marido y mujer.<sup>22</sup> Shedlin, M. y Holler, B. (1978) publicaron para la comunidad mexicana, que la comunicación sobre el control natal esposo-esposa era mínima con in

fluencias negativas del esposo y suegra;<sup>23</sup> lo mismo fué reportado por Flores, A. (1976) para el área metropolitana de Monterrey, N.L., que hay oposición al control natal cuando los esposos no platican del tema; asoció la mínima respuesta de las mujeres hacia el uso de anticonceptivos con la es casa autonomía decisoria de la mujer.<sup>24</sup>

#### Fuentes de Información

Las fuentes de información comúnmente son asociadas con la planificación familiar en forma positiva, como lo informó por Hill, R. (1968) en un trabajo realizado en Puerto Rico; en el mismo asoció el significado de la parentela, de los vecinos, y de cierto personal profesional con la influencia en la decisión de la pareja de tener ya suficientes hijos y en el descubrimiento de los servicios anticonceptivos.<sup>25</sup> Hornik, R. (1980) en Francia, publicó que los medios masivos implican la legitimación de un problema en particular e influyen una adopción positiva de planear la familia al favorecerse la asistencia en grupos no usuarios.<sup>26</sup>

Piact (1978) en México reportó que había diferentes influencias al adoptar por un método anticonceptivo; para las mujeres quienes más inflúan eran los médicos, seguidos por la familia de ambos; y para los hombres, la fuente más importante fueron los vecinos. Encontró que las fuentes informales son de relevancia en la elección de métodos.<sup>27</sup>

Respecto a la promoción, la Secretaría de Salud en México (1987) publicó para una Encuesta de Opinión, que los medios de mayor aceptación para el personal fueron los masi



vos en la difusión de los mensajes de promoción, junto con las pláticas y material impreso; y de escasa aceptación, la promoción en la consulta y la visita domiciliaria.<sup>28</sup>

## FACTORES DE INFORMACION

### Oportunidad y Transcripción

El desarrollo del programa de planificación familiar parece estar relacionado en forma compleja pero real con las necesidades de información oportuna desde el nivel aplicativo hasta el central. Estas necesidades a las que se hace referencia están asociadas con el proceso de toma de decisiones y retroalimentación que apoye la reorientación de su operatividad, y por consiguiente, el mejoramiento en el logro de los objetivos propuestos.

El Centro de Salud como elemento primario de información produce, procesa y distribuye las actividades de dicho programa a través de los medios de comunicación escrita y oral; asimismo, recibe información por medio de comunicaciones escritas, reuniones, visitas y supervisiones. Sin embargo, el uso de información puede verse afectado por problemas en la transcripción de los datos, en el caso del llenado de formatos, la presencia de fallas de identificación, llenado incompleto y llenado incorrecto; como lo informado por Crevenna, P. y Real, M. (1989) en un trabajo realizado en México, donde encontraron que las principales limitantes en la información están determinadas en la recolección y procesamiento de información.<sup>29</sup>

#### IV. DEFINICION OPERATIVA DE VARIABLES

Conocimiento de la Estructura Organizacional: Se considera como el conocimiento que tenga el personal médico y de enfermería sobre las relaciones establecidas en el desempeño laboral dentro de los puestos del Centro de Salud, para este caso: quién es el jefe inmediato; distribución de las actividades; coordinación; información y retroalimentación de las actividades del programa de planificación familiar; y la toma de decisiones.

Participación en la Estructura Organizacional: Se considera como la realización por parte del personal de salud de las actividades técnicas y administrativas establecidas en el programa de planificación familiar, y también de actividades especiales para la ampliación de cobertura, promoción de la demanda, contribución a la comunidad tanto individual como colectivo, y actualización del personal.

Procesos de Comunicación en el Programa de Planificación Familiar: Se considera como las formas en que se recibe la comunicación sobre el programa, el envío y uso que le da el servicio a la información del primer nivel; las situaciones y utilización de los manuales de normas y procedimientos del programa de planificación familiar.

Logro de Objetivos del Programa de Planificación Familiar:  
Se entiende como el impacto sociodemográfico y epidemiológico en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población en general, y por ende, en el área materno-infantil. El logro de los objetivos se relaciona con el conocimiento que tenga el personal de salud sobre el programa y su participación en la estructura organizacional.

Asistencia de las Mujeres a la Consulta: Se considera como asistencia periódica si acuden al centro de salud durante sus citas programadas y los motivos que tuvieron para no hacerlo, por ejemplo, dejó de planificar, desea otro hijo.

## V. MATERIAL Y METODOS

### Material

Plan de trabajo.

Norma técnica del programa de planificación familiar.

Planos de la ciudad de Cadereyta, Nuevo León.

Cuestionarios.

Tabla de números aleatorios.

Material de oficina.

Medios electrónicos.

### Método

#### Objetivo General

Determinar en qué medida la comunicación que se da en la estructura organizacional de los Centros de Salud: Cadereyta, Lázaro Cárdenas, y Salinas de Gortari, de la Jurisdicción 6, del municipio Cadereyta Jiménez, Nuevo León, favorece el logro de los objetivos del programa de Planificación Familiar.

#### Objetivos Específicos

Describir los factores que condicionan el logro de objetivos del programa de planificación familiar respecto a la comunicación que se da en la estructura organizacio-

nal a nivel aplicativo.

Describir la participación del personal médico y de enfermería en la estructura organizacional relacionada con la comunicación recibida sobre el programa de planificación familiar.

Describir el proceso de comunicación del Centro de Salud con los niveles zonal y jurisdiccional, relativo al programa de planificación familiar.

Medir la respuesta de las mujeres al programa de planificación familiar.

#### Supuestos a Probar

El logro de objetivos del programa de planificación familiar depende del conocimiento que tenga el personal médico y de enfermería sobre la estructura organizacional a nivel aplicativo.

La participación del personal médico y de enfermería en la estructura organizacional depende del grado de comunicación que tenga sobre el logro de objetivos del programa de planificación familiar.

Los sistemas de comunicación en el programa de planificación familiar favorecen el logro de sus objetivos.

Las mujeres que han tenido información previa sobre el programa de planificación familiar asisten con más frecuencia a la consulta, que aquellas que no han tenido tal comunicación.

VARIABLES INDEPENDIENTES: Logro de objetivos del programa; participación en la estructura organizacional.

VARIABLES DEPENDIENTES: Conocimiento de la estructura; comunicación en el programa y asistencia a la consulta.

#### Tipo de Estudio

El estudio es de tipo descriptivo en su modalidad de entrevista personal.

#### Población de Estudio

La población pertenece a las Colonias Alfredo Buenfil, Lázaro Cárdenas, y Salinas de Gortari, de Cadereyta Jiménez, Nuevo León.

Los sujetos fueron médicos y enfermeras de los centros de salud en la localidad de Cadereyta que manejan el programa de planificación familiar; y mujeres de 15 a 49 años, usuarias o no del programa, incluyó embarazadas.

#### Tamaño de la Muestra

La selección del personal se hizo por muestra no probabilística; se tomó el número total del personal médico igual a 16; y 15 de enfermería, de los tres centros de salud.

La selección de las mujeres se hizo por muestreo aleatorio simple; se usó la tabla de números aleatorios.

La muestra óptima a coleccionar fué de 269 mujeres de entre un total de 1660 que componen la población femenina fértil. El tamaño muestral se determinó a través de la fórmula:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q}{d^2} \quad ; \quad \text{donde}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (.5)(.5)}{(.0597375)^2} = 269$$

#### Características de la Población de Estudio

Se entrevistó un total de 31 personas entre médicos, pasantes de medicina (todos del sexo masculino), y de enfermeras. De este personal el 13% atiende en forma directa el programa de planificación familiar.

Se entrevistó un total de 269 mujeres, de las cuales el 43% se clasificó como no integrada, y el 57% como integrada. La edad mínima fué de 16 años y la máxima de 49 años, con un promedio de 5 hijos vivos. Por grupos de edad, las frecuencias más altas se obtuvieron en los intervalos de 20 a 24 y 25 a 29 años.

En usuarias y no usuarias las edades de 20 a 29 años tienen el 62% del total del número de hijos, y el 22% que desean tener más hijos; en usuarias las edades de 25 a 39 años presentan el 23% del número de abortos, y en no usuarias de 35 a 44 años el 13% de abortos.

## Descripción de los Instrumentos

Los dos cuestionarios se diseñaron específicamente para el estudio.

Un cuestionario dirigido al personal médico y de enfermería de los centros de salud, y otro cuestionario para las usuarias o no del servicio de planificación familiar.

Los instrumentos contenían preguntas cerradas de acuerdo a las variables que se consideraron: estructura organizacional; procesos de comunicación; logros de objetivos; y permitieron determinar:

En el personal médico y de enfermería, el grado de conocimiento de la estructura organizacional y de los procesos de comunicación en el programa, así como su participación en éste.

En las mujeres, los antecedentes relacionados con planificación familiar; asistencia a la consulta, y el grado de conocimiento del programa de planificación familiar.

Para la prueba piloto de los instrumentos se seleccionaron respectivamente un grupo de 15 personas de los centros de salud; y una muestra aleatoria de 45 mujeres en la población objetivo; se identificaron y ubicaron sus domicilios, posteriormente se efectuaron las entrevistas, en las cuales se empleó para cada una un tiempo aproximado de 20 minutos.



## Recolección de Información

Para la recolección de la información se utilizó la entrevista, tanto en el centro de salud como en el hogar. Una vez que se determinó la vivienda, se localizó en el plano de la ciudad. Se consideró conveniente que a nivel de los domicilios, los encuestadores fueran mujeres con cierta experiencia en la técnica de la entrevista, a las cuales se les dió adiestramiento respecto al llenado del cuestionario por medio del instructivo de llenado y codificación.

La recolección de datos se realizó en el mes de Marzo de 1990.

## Análisis Estadístico

Para el procesamiento de la información se utilizaron: el computador CYBER - 70 del Centro de Cálculo y un microcomputador BPM de la Facultad de Ciencias Biológicas, dependientes de la Universidad Autónoma de Nuevo León. El agrupamiento de la información de acuerdo a los diferentes parámetros analizados, se realizó por medio de los programas estadísticos para Ciencias Sociales (SPSS), según Nie N. H. et al (1970).<sup>30</sup> A objeto de la comparación entre los datos, se realizó el análisis estadístico: prueba de Chi cuadrada ( $\chi^2$ ) para la relación entre la estructura organizacional, los procesos de comunicación, el logro de objetivos del programa de planificación familiar; así como la respuesta de las mujeres a este programa; y un análisis gráfico.

## Etica del Estudio

Para la realización del estudio, se contó con la autorización de los responsables del programa a nivel aplicativo y zonal, así como de la aceptación en forma amplia de las mujeres en las colonias seleccionadas; previa información de los objetivos del estudio.

Los instrumentos no contenían preguntas de naturaleza íntima, sin embargo, los grupos tenían libre opción de contestar o no según su conveniencia personal.

## VI. RESULTADOS Y DISCUSION

La operatividad del programa de planificación familiar en los Centros de Salud Cadereyta, Lázaro Cárdenas y Salinas de Gortari, pertenecientes al municipio de Cadereyta Jiménez, Nuevo León, con información sobre el conocimiento de la estructura organizacional, nivel de participación en la estructura y procesos de comunicación en dicho programa, fué concentrada en cuadros que incluyen el logro de objetivos del mencionado programa en relación a la comunicación; porcentajes que éste representa; asimismo, se presentan las gráficas de frecuencias.

### CONOCIMIENTO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Con relación a los supuestos, el primero de ellos establece que el logro de objetivos del programa de planificación familiar depende del conocimiento que tenga el personal médico y de enfermería sobre la estructura organizacional a nivel aplicativo. Con respecto a esta área se midieron los siguientes indicadores: conocimiento del personal médico y de enfermería sobre patrones de autoridad y responsabilidad, y coordinación de las actividades del mencionado programa intra y extraorganizacional.

Los cuadros 1, 2, 3, 4, y las gráficas 2, 3, y 4 regis

tran los resultados.

Con el fin de establecer un criterio global acerca del conocimiento de la estructura y del logro de objetivos (información y sin información del programa) se clasificaron las respuestas en dos rangos: Conoce y Desconoce.

En el cuadro 1, se observa que el conocimiento de patrones de autoridad y responsabilidad, e información sobre el programa, con mayor porcentaje (100%) se encontró en el rango Conoce.

En el cuadro 2, se midió la relación entre el conocimiento del personal médico y de enfermería de la estructura organizacional y sus respuestas (Si; No). Se obtuvo el  $\chi^2_{.05}$  para el personal médico igual a 62.94717;  $\chi^2_{t,.05} = 15.507$ ; y para el personal de enfermería el  $\chi^2_{.05} = 44.2712$ ;  $\chi^2_{t,.05} = 15.507$ .

Se calculó conjuntamente el  $\chi^2_{.05}$  para la respuesta Si del personal mencionado (médico y de enfermería), el cual equivale a 10.18697;  $\chi^2_{t,.05} = 15.507$ .

Se encontró que existe relación entre el conocimiento y las respuestas tanto del personal médico como el de enfermería.

A los datos del cuadro 3, se les aplicó la prueba estadística Chi cuadrada de independencia ( $\chi^2$ ) para determinar la relación entre la coordinación interna y externa de las actividades del programa de planificación familiar (centro de salud; jurisdicción sanitaria; no coordina), y el número del personal médico y de enfermería; se obtuvo el  $\chi^2_{.05} = 8$ .

---

899658 ;  $\chi^2_{t.05} = 5.991$ ; el cual indica que sí existe dependencia entre los criterios medidos.

En el cuadro 4 se midió los motivos de la comunicación intra y extraorganizacional (coordinar actividades relacionadas con el usuario y el programa; solicitar orientación; retroalimentación de actividades de organización y consultas generales en el programa; solicitar material; no se comunican), y el número del personal médico y de enfermería por medio del  $\chi^2$  de independencia cuyo valor equivale a 14.62418 ;  $\chi^2_{t.05} = 12.592$ . Se encontró dependencia entre las variables consideradas.

Los resultados indican que implícitamente, aunque el efecto del conocimiento incluya a todos, es de mayor peso para el personal que desarrolla los programas de planificación familiar en los centros de salud; por las implicaciones que ésto reporta y que se traducen en toma de decisiones, coordinación y retroalimentación intra y extraorganizacional de las acciones del mencionado programa.

#### PARTICIPACION EN LA ESTRUCTURA

Con respecto al segundo supuesto, el enunciado señala que la participación del personal médico y de enfermería en la estructura organizacional depende del grado de comunicación que tenga sobre el logro de objetivos del programa de planificación familiar.

Los indicadores que se midieron en la participación del personal en el mencionado programa fueron: actividad de rutina y especial que realiza; información al usuario so

bre los beneficios de dicho programa; qué espera el servicio de su participación; forma de evaluación. En el cuadro 5 y las gráficas 5(a) y 5(b) se registran los resultados.

En el cuadro 5 se midió el logro de objetivos en el programa de planificación familiar (tiene información; escasa información; y carece de información sobre las actividades del programa) con participación del personal médico y de enfermería en la estructura organizacional depende del grado de comunicación (existe, escasa, y no existe participación). Al aplicar la prueba estadística  $X^2$  no se encontró una dependencia significativa tanto para el personal médico como para el de enfermería con la participación y logro de objetivos. Los  $X^2_{.05}$  son equivalentes a: 3.546875 ;  $X^2_{t.05} = 9.488$ ; y 1.730128;  $X^2_{t.05} = 9.488$ , respectivamente.

En el mismo cuadro 5 se observa que los porcentajes de participación registrados variaron de 25% a 67% para el personal médico y de enfermería respectivamente.

Las evidencias detectadas en el análisis de los datos con respecto al personal asignado en su mayoría especializado que maneja dicho programa, el tamaño de la organización tiene clara relación con un factor tecnológico en su contribución a la descentralización; pero no es así en el caso de otras características estructurales, como es la determinación de la participación del personal en la estructura. Es relevante para este caso concreto la tecnología referida a los medios que se han desarrollado para alcanzar resultados. Esto concuerda con estudios realizados en Estados Unidos por Woodward (1973) y Aldrich (1972).

Sin embargo, Blau, P. y Schoenger, R. (1970) publicaron resultados contradictorios.

En esta etapa del estudio, los resultados sugieren que las diferencias en los centros de salud están determinadas principalmente por la asignación de recursos humanos para la consulta de planificación familiar, por lo cual se particulariza la participación que se observa en los dos grupos de personal considerados.

#### PROCESOS DE COMUNICACION

En relación al tercer supuesto se plantea que los sistemas de comunicación en el programa de planificación familiar favorecen el logro de sus objetivos. Para esta parte se tomaron en cuenta los indicadores siguientes: formas de recibir la comunicación; uso dado por el servicio a la información enviada por el personal; motivos para usar los manuales de normas y procedimientos del programa.

Con el fin de determinar la posible influencia de los procesos de comunicación en el logro de objetivos de este programa, se realizó la concentración de los datos respectivos, mismos que se muestran en los cuadros 6, 7, 8, y en las gráficas 6, 7, 8.

En el cuadro 6 se midió los medios para recibir la comunicación sobre el mencionado programa (comunicaciones escritas; cursos impartidos; visitas de los coordinadores; reuniones; no recibe información) con el conocimiento del personal médico y de enfermería (Conoce) a través del Chi cuadrada de independencia ( $\chi^2$ ). El  $\chi^2_{.05}$  calculado equivale a

14.37192 ;  $\chi^2_{t.05} = 9.488$ .

Se encontró que existe una relación de dependencia significativa entre las variables medidas.

Con el propósito de determinar cómo recibe información el personal médico y de enfermería se indagó acerca de los medios para obtenerla. Se observa en el cuadro 6 y gráfica 6 elevado número de este personal en el apartado "no recibe información sobre el programa". Este hallazgo se relaciona con su baja participación en el mencionado programa; en un grado menor, otros medios conocidos por ambos grupos son las reuniones, cursos y visitas de jefes/coordinadores.

En el cuadro 7 se relacionó el uso de información del mencionado programa dada por el servicio (estadísticos; actualización; valoración; determinación de insumos de este programa; no elabora información) y el conocimiento del personal médico y de enfermería, a través del Chi cuadrado. Se obtuvo un  $\chi^2_{.05} = 1.841146$  ;  $\chi^2_{t.05} = 7.815$ . No se encontró dependencia significativa entre el uso de información y el conocimiento del personal.

Con el objeto de saber qué destino se le da a la información generada del programa de planificación familiar, se preguntó acerca de los usos conocidos por el personal médico y de enfermería.

En la gráfica 7 se observa que la frecuencia más baja en el conocimiento del uso de la información en los dos grupos fué en los aspectos A, B, C, y en el D la frecuencia máxima fué de veinte y cuatro personas que no elaboran infor-



mación. Estos hallazgos pueden asociarse con la baja participación en dicho programa.

En esta fase, los resultados sugieren que el uso de la información enviada al servicio puede ser afectada en la oportunidad de la recepción y en la transcripción, aún más, puede tener distintos contenidos, lo que se asocia con el desigual desarrollo de actividades y la escasa retroalimentación. Esto se relaciona con lo informado en México por Crevenna, P. y colaboradores (1989).

En el cuadro 8 se determinó la relación entre los motivos para utilizar los manuales de normas y procedimientos del programa de planificación familiar (aclarar dudas; disponer de normatividad en la atención del usuario y el servicio; no utiliza manuales) y el personal médico y de enfermería a través del Chi cuadrado.

El  $X^2_{.05} = 0.9932918$  ;  $X^2_{+.05} = 5.991$  . No se encontró dependencia entre las variables consideradas.

Al analizar el motivo de utilización de los manuales de normas y procedimientos, cuyos hallazgos se resumen en la gráfica 8, se encontró que una elevada proporción de personal que no utiliza los manuales, resultados diferentes se obtuvieron para "aclarar dudas" y "disponer de normatividad en la atención del usuario y el servicio". La situación encontrada (bajo uso de manuales) puede explicarse en base a la participación que lleve a cabo el personal en el programa, que se traduce en escasa utilización de estas herramientas.

CUADRO 1

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y LOGRO DE OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN RELACION A LA COMUNIDAD (n= 31).

	PERSONAL MEDICO ( n= 16 )				PERSONAL DE ENFERMERIA ( n=15)				TOTAL GENERAL				
	CONOCE		DESCONOCE		CONOCE		DESCONOCE		CONOCE		DESCONOCE		
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	
CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.													
LOGROS DE OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN RELACION A LA COMUNICACION	16	100	-	-	15	100	-	-	31	100	-	-	
INFORMACION SOBRE EL PROGRAMA													
SIN INFORMACION SOBRE EL PROGRAMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	16	100	-	-	15	100	-	-	31	100	-	-	

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

CUADRO 2  
 CONOCIMIENTO DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.

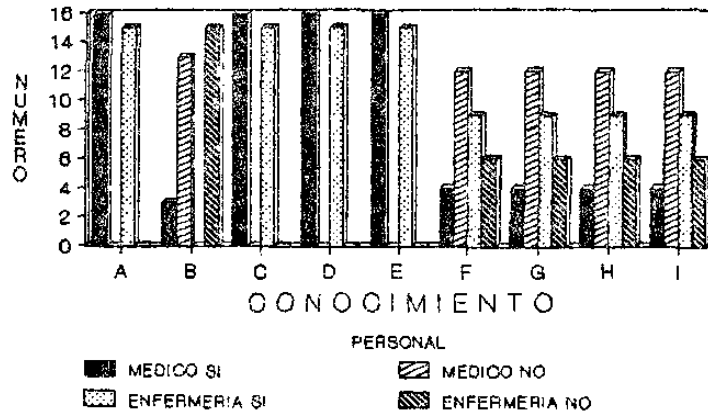
CONOCIMIENTO	PERSONAL MEDICO						PERSONAL DE ENFERMERIA						TOTAL GENERAL	
	CONOCE			CONOCE			CONOCE			CONOCE			CONOCE	
	SI	%	NO	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
Puesto que desempeña su jefe Cuántas personas dependen de usted en el Centro de Salud	16	100	-	-	15	100	31	100	-	-	31	100	-	-
Puesto que ocupa la persona que le asigna actividades laborales	3*	19	13*	81	-	-	3*	100	15*	100	3*	9	28*	90
Decisiones que toma en el trabajo	16	100	-	-	15	100	31	100	-	-	31	100	-	-
A quién informa de su trabajo Con quién se comunica en el Centro de Salud para coordinar actividad	16	100	-	-	15	100	31	100	-	-	31	100	-	-
Para que se comunica Con quién se comunica a nivel de jurisdicción para coordinar activ.	4*	25	12*	75*	9*	27	4*	40*	6*	40*	13*	42	18*	58
Para que se comunica	4*	25	12*	75	9*	100	4*	40*	6*	40*	13*	42	18*	58
TOTAL	16*		13*	81	15		31		15		31		28*	90

FUENTE: ENTREVISTA PERSONAL

\* Están incluidos en el 1er. numeral  
 \* No tienen a cargo personal  
 + No trabaja con planificación familiar directamente

$\chi^2_{.05} = 62.94717 ; g1 = 8 y 1$   
 $\chi^2_{.05} = 44.2712 ; g1 = 8 y 1$   
 $\chi^2_{.05} = 10.18697 ; g1 = 8 y 1$

### PERSONAL CON CONOCIMIENTO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



GRAFICA 2

- A. Puesto que desempeña su jefe.
- B. Número de subordinados que dependen de cada persona en el Centro de Salud.
- C. Puesto de la persona que le asigna actividades.
- D. Decisiones que toma en el trabajo.
- E. A quién informa de su trabajo.
- F. Con quién se comunica en el Centro de Salud para coordinar actividades del programa de planificación familiar.
- G. Para qué se comunica (centro de salud).
- H. Con quién se comunica a nivel de Jurisdicción para coordinar actividades del programa de planificación familiar.
- I. Para qué se comunica (jurisdicción)

CUADRO 3

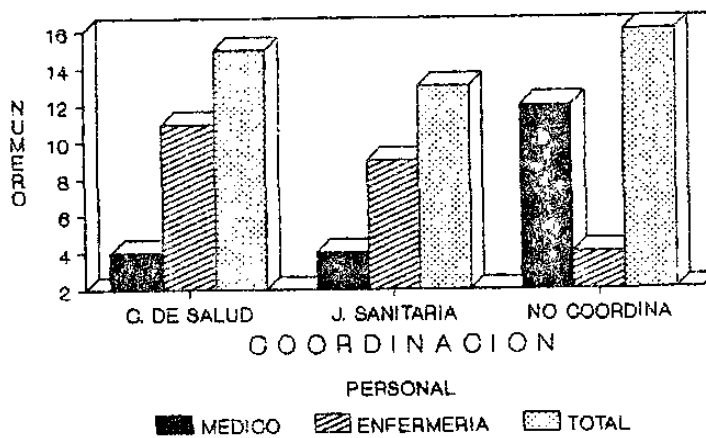
COORDINACION Y/O COMUNICACION INTERNA Y EXTERNA DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA DE LOS CENTROS DE SALUD PARA LLEVAR A CABO EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.

COORDINACION INTERNA Y EXTERNA DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR	PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA		PERSONAL MEDICO		PERSONAL ENFERMERIA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CENTRO DE SALUD	4	25	11	73	15	48		
JURISDICCION SANITARIA	4*	25	9*	60	13	-		
NO COORDINA	12	75	4	27	16	52		
TOTAL	16	100	15	100	31	100		

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

\* Personal incluido en el primer numeral  
 $\chi^2_{.05} = 8.899658$  ;  $g.l. = 2$  y 1

### COORDINACION Y/O COMUNICACION DEL PERSONAL MEDICO Y ENFERMERIA



GRAFICA 3

CUADRO 4

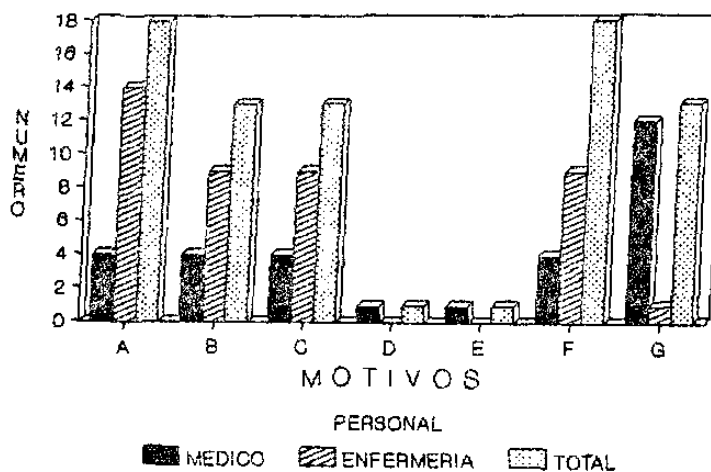
MOTIVOS PARA QUE SE COMUNIQUE EL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA  
 RESPECTO AL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.

PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA	PERSONAL MEDICO		PERSONAL ENFERMERIA		TOTAL GENERAL	
	N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%	N <sup>o</sup>	%
MOTIVOS						
Coordinar actividades relacionadas con los usuarios	4	25	14	93	18	58
Coordinar actividades del programa	4 <sup>*</sup>	25	9 <sup>*</sup>	60	13	42
Solicitar orientación sobre el programa	4 <sup>*</sup>	25	9 <sup>*</sup>	60	13	42
Retoolimentación de actividades de organización y consultas generales	1 <sup>*</sup>	6	-	-	1	3
Comunicar resultados de actividades de seguimiento en el programa	1 <sup>*</sup>	2	-	-	1	3
Solicitar material para el programa	4 <sup>*</sup>	25	9 <sup>*</sup>	60	18 <sup>*</sup>	58
No se comunican	12	75	1	7	13	42
TOTAL	16	100	15	100	31	100

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

\* Están incluidos en el primer numeral  
 X<sup>2</sup> = 14.62418 ; Gl = 6 y 1

### MOTIVOS DE COMUNICACION



GRAFICA 4

- A. Coordinar actividades con usuarios.
- B. Coordinar actividades del programa.
- C. Solicitar orientación sobre el programa.
- D. Retroalimentación de actividades de organización y consultas.
- E. Comunicar resultados de actividades.
- F. Solicitar material para el programa.
- G. No se comunica.



630003

CUADRO 5  
 PARTICIPACION DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA EN LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y LOGRO DE OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.

PARTICIPACION DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA EN LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR	PERSONAL MEDICO				PERSONAL ENFERMERIA				TOTAL			
	EXISTE PARTICIPACION		NO EXISTE PARTICIPACION		EXISTE PARTICIPACION		NO EXISTE PARTICIPACION		EXISTE PARTICIPACION		NO EXISTE PARTICIPACION	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tiene información sobre las actividades del programa	4	25			10	67	3	20	14	45		
Tiene escasa información sobre el programa de planificación			11	69							14	45
Carece de información sobre las actividades del programa											3	9
TOTAL	4	25	11	69	1	6	6	20	17	54	3	10

FUENTES: ENTREVISTA DIRECTA

χ.05 = 3.546875 ; E1 = 2 y 2 ; χ.05 = 1.730128 ; E1 = 2 y 2.

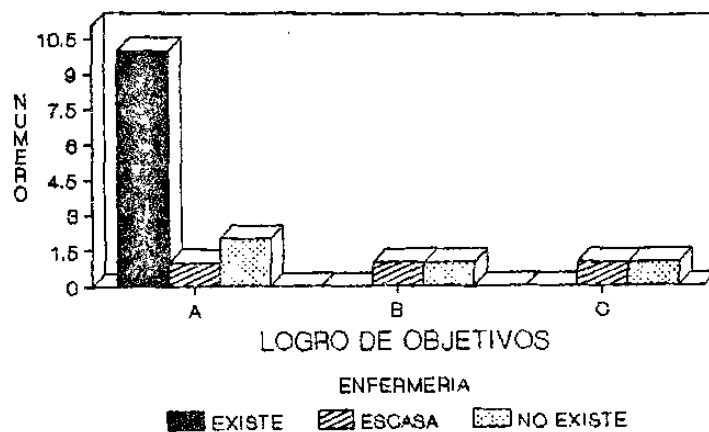
### PARTICIPACION DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA



GRAFICA 5(a)

- A. Tiene información sobre las actividades del programa de planificación familiar.
- B. Tiene escasa información sobre el programa de planificación familiar.
- C. Carece de información sobre las actividades del programa de planificación familiar.

### PARTICIPACION DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA



GRAFICA 5(b)

- A. Tiene información sobre las actividades del programa de planificación familiar.
- B. Tiene escasa información sobre el programa de planificación familiar.
- C. Carece de información sobre las actividades del programa de planificación familiar.

## RESPUESTA DE LAS MUJERES AL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.

La respuesta de las mujeres al programa de planificación familiar en tres localidades de Cadereyta Jiménez, Nuevo León, con información sobre antecedentes de la mujer; asistencia a la consulta; conocimiento del programa, fué concentrada en cuadros que incluyen en antecedentes la edad; número de hijos vivos, muertos, abortos; si planifica; planea tener más hijos; con quién planifica; asimismo, se presentan las gráficas de frecuencias.

### Antecedentes de la Mujer

Con el propósito de conocer la posible relación de la planificación familiar con los antecedentes de las mujeres en edad reproductiva, se realizó la concentración de los datos respectivos, los cuales se muestran en los cuadros 9, 10, 11, y en las gráficas 10 (a), 10 (b), 10 (c), 11.

En el cuadro 9 se calculó el Chi cuadrado de independencia ( $X^2$ ) para las variables: grupos de edad con número de hijos (vivos, muertos, abortos) de mujeres usuarias y no usuarias; grupos de edad y total número de usuarias y no usuarias. Se obtuvo el  $X^2_{.05}$  para las variables grupos de edad con número de hijos de usuarias equivalente a 26.52918;  $X^2_{t.05} = 21.026$ . Y para las no usuarias un  $X^2_{.05} = 12.6612$ ;  $X^2_{t.05} = 21.026$ .

El  $X^2_{.05}$  para grupos de edad y total número de mujeres usuarias y no usuarias fué de 6.79814;  $X^2_{t.05} = 12.592$ .

Al aplicar sobre los datos del cuadro 9 la prueba estadística Chi cuadrada ( $\chi^2$ ) se encontró que existe dependencia entre las variables grupos de edad y el número de hijos en usuarias, mientras que para las no usuarias no existe relación entre los criterios considerados, e igualmente, para los grupos de edad y número total de usuarias y no usuarias.

En el cuadro 9 se nota que la edad de las usuarias varía entre los 15 y 49 años. Se observa un aumento de los grupos de edad de 20 a 24, y de 25 a 29 años. Además, hay un descenso en el porcentaje de usuarias mayores de 30 años. Esto presupone que las mujeres ingresan más jóvenes al programa de planificación familiar.

En el mismo cuadro 9 y en las gráficas 9 (a), 9(b), y 9 (c) se observa que a mayor edad de las mujeres usuarias y no usuarias el promedio de hijos vivos, muertos y abortos, es más elevado; aunque en todos los grupos de edad la diferencia es visible entre el número de hijos que tienen.

En usuarias y no usuarias, las edades de 20 a 29 años tienen el 62% del total del número de hijos; mientras que en usuarias las edades de 25 a 39 años presentan el 23% del número de abortos; y en no usuarias de 35 a 44 años el 13% de abortos.

De acuerdo a lo anterior, las diferencias observadas pueden ser un reflejo de la influencia de la planificación familiar, como consecuencia tanto de anteriores como de actuales formas de acceso a los servicios del programa, que están repercutiendo en todos los grupos de edades, o bien deberse a actitudes hacia los métodos tradicionales. El acceso

al servicio y uso de métodos anticonceptivos concuerda con lo informado por la Oficina Sanitaria Panamericana en Washington (1985) y por la Secretaría de Salud en México (1985).

En el cuadro 10, al igual que el 9, se aplicó la prueba Chi cuadrada ( $X^2$ ) de independencia a las siguientes variables: grupos de edad (15 a 49 años) y mujeres usuarias que planean o no tener más hijos; obteniéndose el  $X^2_{.05} = 32.328$ ;  $X^2_{t.05} = 12.592$ . Para las mismas variables en no usuarias el chi cuadrado  $X^2_{.05}$  equivale a 18.59931;  $X^2_{t.05} = 12.592$ .

Para los criterios grupos de edad y total número de mujeres usuarias y no usuarias que planean tener o no más hijos, el  $X^2_{.05}$  fué de 54.2068;  $X^2_{t.05} = 12.592$ .

Se observa que para los respectivos criterios de clasificación existe relación entre cada par de variables consideradas.

En el cuadro 10 se muestra que la mayoría de las mujeres en los dos grupos no desean tener más hijos. Puede inferirse que a medida que las parejas observan los beneficios que reporta tener una familia pequeña aumenta el deseo de tener un número ideal de hijos.

Sin embargo, las gráficas 10 (a), 10 (b) y 10 (c) muestran frecuencias importantes de planear más hijos en los grupos considerados. De hecho como se ve, las usuarias y no usuarias para los grupos de edad de 15 a 19 años y 20 a 24 años, presentan la mayor tendencia futura a tener otros hi-

jos. A mayor edad y paridad menor es este deseo.

En el cuadro 11 se tomó en cuenta las siguientes variables: grupos de edad y medios de planificación (centro de salud; seguro social; médico particular; por su cuenta; y no planifica).

Se calculó el  $\chi^2_{.05}$  el cual equivale a 3.529689;  $\chi^2_{t.05} = 36.415$ . Se encontró que no existe relación entre los criterios considerados.

La gráfica 11 muestra que los medios más utilizados son el centro de salud; seguro social, y médico particular. Se observa porcentajes significativos de mujeres que planifican por su cuenta y de las que no planifican.

De hecho, según expertos en la materia no es conveniente la sustitución; sin embargo, al incorporar usuarias que usan métodos anticonceptivos por su cuenta puede lograrse una protección adecuada a su salud y la orientación oportuna hacia métodos modernos.

#### Asistencia de las Mujeres a la Consulta

Al entrar en el ámbito de la asistencia a la consulta de planificación familiar, se consideró importante buscar cuáles son las razones de la no asistencia. En el cuadro 12 y la gráfica 12, se resume los resultados.

Los hallazgos demuestran que el 27% dice acudir a las citas; del resto once abandonaron el programa "porque no les cayó bien el método"; el 14% dejó de planificar para tener otro bebé y descansar; de que las otras continúan planificando

do en otra institución, por su cuenta, y ligadas o usando el dispositivo intrauterino indicado por el centro de salud.

Los resultados aquí encontrados apoyan lo publicado en Nuevo León por Vásquez, L. en 1979.

En el presente estudio, once entrevistadas dejaron de asistir porque el método no le cayó bien. La razón expresada presupone una probabilidad de oportunidad de información y orientación en las mujeres y/o no era sentida la necesidad de planificar. Asimismo, se observó que parte del grupo de usuarias utilizaban un método diferente al indicado por el centro de salud, con esto se asume que también éstas hayan confrontado problemas y prefirieron dejar de ir a las citas y hacerlo en otras instituciones o por su cuenta.

Se debe enfatizar que en el personal de salud a quién corresponda la toma de decisiones sobre la organización, información, orientación y oportunidad de las acciones del programa, ayude a integrar a la comunidad en aspectos participativos que coadyuven en la determinación de su salud individual y colectiva, dado todo esto dentro de un marco de reflexiones, de que el servicio deberá ser accesible y proporcionado de manera tal que motive su demanda. Lo anterior concuerda con algunas investigaciones reportadas por la Secretaría de Salud (1984) en México.

#### Conocimiento del Programa de Planificación Familiar

Con relación al último supuesto, el enunciado dice:  
Las mujeres que han tenido información previa sobre el pro-



grama de planificación familiar asisten con más frecuencia a la consulta que aquellas que no han tenido tal comunicación.

Para fines del estudio se tomó el conocimiento de dicho programa. Los indicadores que se midieron fueron: conocimiento sobre órganos sexuales femeninos; su función y formación del embarazo; importancia del espaciamiento entre embarazos; cuándo se planifica; métodos para evitar embarazos; ventajas y desventajas del método que usa; y fuentes dónde obtuvo información del mencionado programa.

En el cuadro 13 se midieron aspectos de: información recibida y conocimiento o no de usuarias y no usuarias sobre el programa de planificación familiar; información y total de mujeres usuarias y no usuarias que conocen o no conocen el programa.

El  $\chi^2_{.05}$  calculado para las mujeres usuarias que conocen y no conocen equivale a 147.2444;  $\chi^2_{t,.05} = 14.067$ . El  $\chi^2_{.05}$  para las no usuarias fué de 46.9637; y el  $\chi^2_{t,.05} = 11.070$ .

El  $\chi^2_{.05}$  para los aspectos de información recibida con el total de mujeres usuarias y no usuarias fué de 180.3618;  $\chi^2_{t,.05} = 14.067$ .

Se observa que para cada par de variables existe relación. Es evidente que hubo poca diferencia entre los dos grupos en el rango Conoce.

#### Contenido de la Información

En el cuadro 13 y gráfica 13 (a) se observa con respecto

to al contenido de la información recibida que el 50% del total de las mujeres la habían recibido sobre órganos sexuales femeninos; su funcionamiento y formación del embarazo. Sin embargo, se nota que la información recibida en los dos grupos no está estructurada en forma lógica, lo que en gran parte de ellos se evidencia en carencia de orientación adecuada sobre el funcionamiento de órganos sexuales femeninos y cómo se produce el embarazo. Esto concuerda con los estudios realizados por García y colaboradores en Nuevo León (1975) y la Secretaría de Salud en México (1986).

En lo que respecta al área de conocimiento del programa en relación al espaciamiento entre embarazos y cuándo se plnifica la familia, se exploraron en conjunto en base a los siguientes indicadores: factores de riesgo (edad, paridad, salud madre-hijo), tiempo y económicos.

Las respuestas se corresponden dentro de la clasificación en el cuadro 13, en los rangos Conoce y No Conoce, donde se evidencia poca diferencia entre los dos grupos; lo más significativo se visualizó en el de Conoce.

En el cuadro 14 se observa que para el 41% del total de mujeres, la importancia del espaciamiento entre embarazos y cuándo se planifica es la posibilidad de ajustes en el presupuesto y disponibilidad de tiempo para atender a su grupo familiar; mientras que para el 12% es evitar riesgos en la madre y el hijo.

Se destaca que las preguntas estaban dirigidas a determinar cuál de los ítems tenían más repercusión en el conoci

miento del mencionado programa para usuarias y no usuarias. Se registró que es el económico el que prevalece sobre los otros dos (22%).

Se encontró que un alto número de hijos para la mujer tiene una asociación negativa con el presupuesto familiar; y que toda familia debe planificar el número de hijos si así lo desea. Esto plantea una vinculación con la información sobre planificación familiar, así como la integración a procesos socioeconómicos, los cuales influyen en las aspiraciones y expectativas que se consideran necesarias entre otras, hacia familias más reducidas.

El nivel económico de la familia comúnmente se asocia con la planificación. Si bien es cierto que hay procesos económicos que transforman las condiciones de reproducción, su impacto está limitado por las condiciones de vida de la familia. Esta tendencia se relaciona con lo reportado por Covarrubias en México (1982).

Conforme a los resultados de la entrevista en estos ítems, se resalta que las mujeres que conocen el programa, no sólo expresan particularidades en la organización familiar y en la dependencia económica para lograr mejor calidad de vida, sino también en las condiciones de salud, vivienda y educación para sí y su grupo familiar. Por el contrario, las mujeres que no conocen el programa muestran por un lado, condiciones desfavorables para la planificación familiar, y por el otro, una actitud reproductiva más tradicional caracterizada por el bajo uso de métodos anticonceptivos modernos. Asimismo, se visualizó que la mayoría de las mujeres asocian

el conocimiento de cuando se planifica con la comunicación que existe entre la pareja en base al planteo de hacerlo o no, debido a que la decisión es de ambos; y luego de implementada no sea la adecuada para satisfacer sus necesidades. Esto concuerda con otros estudios realizados en México por la Secretaría de Salud (1986); Shedlin y colaboradores (1978); y Flores, A. (1976) en Nuevo León.

En cuanto a los métodos anticonceptivos, en esta fase se indagó sobre qué métodos conocían las usuarias y no usuarias para evitar el embarazo, y las ventajas y desventajas del método que estaban usando.

Al analizar el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en los grupos de usuarias y no usuarias, cuyos hallazgos se pueden observar en el cuadro 15. Se encontró que los dos grupos mostraron similar nivel de conocimiento sobre este tópico. Sin embargo, ésta no es una situación homogénea para el grupo de no usuarias: la proporción de no usuarias que carecen de conocimiento es significativo. Puede plantearse entonces, que en relación con el conocimiento fué posible identificar a un grupo con comportamiento caracterizado porque el 20% de sus mujeres nunca han tenido información.

En lo referente a las ventajas y desventajas del método adoptado, las usuarias expresaron que:

Las ventajas de las pastillas, inyecciones, dispositivo intrauterino, y la salpingoclasia, son la efectividad, seguridad y la practicidad.

Las desventajas de estos cuatro métodos, es que afec-

tan al organismo; mencionaron a las pastillas en primer lugar el 52%, y el 21% consideró que el dispositivo intrauterino falla.

Se notó escasa información respecto a alternativas de métodos, causas de fallas y complicaciones que pueden derivarse del uso. Este hecho es posible que se relacione con el conocimiento que tenga el personal médico y de enfermería del programa.

Se visualizó además, en algunas respuestas experiencias y de lo que escuchan a familiares y amigas. Esto indica que existe necesidad de una mayor y mejor información sobre métodos anticonceptivos a la población en general. Lo anterior concuerda con la investigación reportada por la Secretaría de Salud (1986) en México.

Con lo que respecta al conocimiento del programa de planificación familiar de las usuarias y no usuarias en relación al número de fuentes formales e informales utilizadas, en los cuadros 16, 17, 18, se aplicó la prueba del Chi cuadrada ( $\chi^2$ ) de independencia a las siguientes variables: conocimiento del programa de planificación familiar de las mujeres usuarias (aceptable, incompleto, no sabe) y fuentes formales (uso de dos o más fuentes). El  $\chi^2_{.05}$  que se obtuvo fue de 2.035221 ;  $\chi^2_{t,.05} = 5.991$ . Para las mujeres no usuarias el  $\chi^2_{.05}$  equivale a 1.337796;  $\chi^2_{t,.05} = 5.991$ . Para el total de usuarias y no usuarias se obtuvo el  $\chi^2_{.05} = 4.571808$ ;  $\chi^2_{t,.05} = 5.991$ .

Se encontró que no existe relación de dependencia entre

las variables consideradas en el cuadro 16.

En el cuadro 17, se calculó el  $\chi^2_{.05}$  para determinar la relación entre fuentes formales (centro de salud, televisión, radio, promotor de salud) e informales (esposo, familia, vecinos, no tiene información) y el número de usuarias y no usuarias. El valor fue de 2.982491 ;  $\chi^2_{t.05} = 7.815$ , para fuentes formales. No se encontró relación entre estas fuentes y usuarias y no usuarias; de igual forma para las fuentes informales.

Se tomó en cuenta para el análisis de los datos, que el conocimiento aceptable del programa de planificación familiar se asocia al uso de dos o más fuentes de información formal: de acuerdo a los resultados.

En el cuadro 16 se observa que se dió escasa relación, debido a que sólo un 29% (n= 269) de las mujeres respondieron de modo aceptable. Cabe destacar que el 71% del resto de usuarias y no usuarias expresaron un conocimiento incompleto o erróneo, como se puede observar en las gráficas 16 (a) y 16 (b).

Los resultados sugieren la probabilidad de una respuesta de las mujeres ante el contenido de la información que no pueden manejar y/o entender, debido a la mayor frecuencia de usuarias y no usuarias que expresaron un conocimiento incompleto o erróneo del programa.

En las fuentes informales no se observó variación de los resultados en respuestas aceptables, como puede notarse en el cuadro 17 y gráficas 17 (a) y 17 (b).

En lo que respecta a los tipos de información, de acuerdo a los datos contenidos en la gráfica 18 (a), se observa que las fuentes más utilizadas por las mujeres han sido los medios masivos de comunicación: televisión y radio; el centro de salud y el promotor. En el cuadro 18 se nota que en las fuentes informales, el 27% del total de mujeres obtienen información del esposo y la familia, y el 9% no tiene información.

En todo caso, por un lado se debe considerar que los medios de comunicación indican el "cómo" y afectan directamente a la decisión de la mujer, según lo demuestra la percepción instantánea del mensaje que transmiten; y por otro lado que estos medios canalizan gran proporción de mujeres a los servicios de planificación familiar.

Lo anterior concuerda con estudios realizados en Puerto Rico por Hill (1968), en Francia por Hornik (1980), y en México por Piact (1978), y la Secretaría de Salud (1987).

Los datos analizados indican que queda por atender una significativa proporción de mujeres sin conocimiento, y por tanto, sin motivación para hacer uso de la planificación familiar. Esto supone la posibilidad a nivel del centro de salud la adopción de alternativas de oferta sistemática del programa, que incluya a todos los que solicitan atención.

CUADRO 9  
 ANTECEDENTES DE LA MUJER RELACIONADOS CON LA PLANIFICACION FAMILIAR.

GRUPOS DE EDAD	MUJERES USUARIAS (n=154)										MUJERES NO USUARIAS (n=115)																					
	USUARIAS			NUMERO DE HIJOS VIVOS			NUMERO DE HIJOS MUERTOS			NUMERO DE ABORTOS			NO USUARIAS			NUMERO DE HIJOS VIVOS			NUMERO DE HIJOS MUERTOS			NUMERO DE ABORTOS										
	Nº	%	Nº	Nº	X	Nº	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X	Nº	X		
15-19 años	14	9	17	1-2	2	1	5	1-2	11	10	1-2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
20-24 años	47	31	75	1-5	6	1-3	5	1	32	56	1-8	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
25-29 años	39	25	105	1-4	10	1-2	13	3	21	18	1-3	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
30-34 años	21	14	84	1-7	12	1-3	12	1-5	17	85	2-4	3	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
35-39 años	13	8	81	1-8	20	1-9	10	1-3	11	66	2	1	1	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
40-44 años	16	10	113	1-9	30	1-5	5	1-3	7	77	1-9	8	1	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
45-49 años	4	3	32	1-11	12	1-5	8	1-3	7	98	1-11	7	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TOTAL	154	100	507	3-3	92	1-7	58	3	115	100	451	3-9	23	1	32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

FUENTE: concentración preguntas 5, 6, 7, 8.

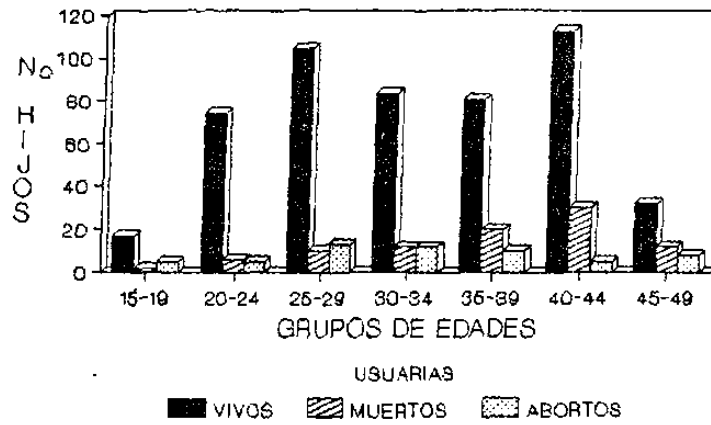
$\chi^2_{.05} = 26.52918 ; g1 = 6 y 2$

$\chi^2_{.05} = 12.6612 ; g1 = 6 y 2$

$\chi^2_{.05} = 6.798147 ; g1 = 6 y 1$

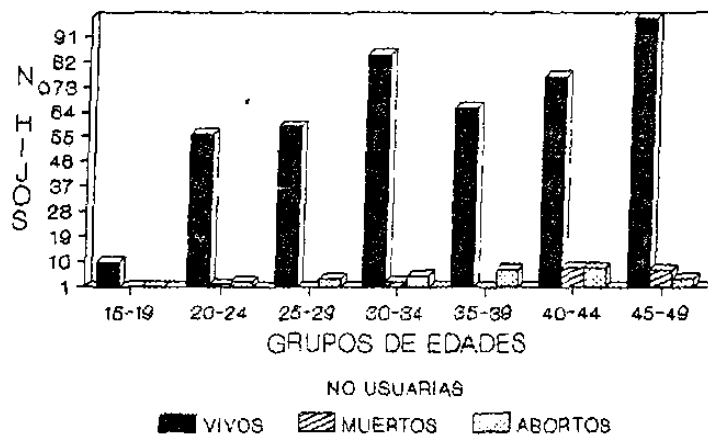


### ANTECEDENTES DE LA MUJERES USUARIAS POR GRUPOS DE EDADES



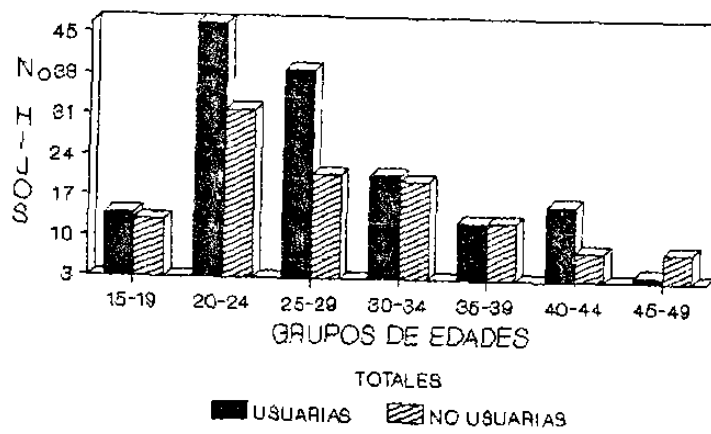
GRAFICA 9 (a)

### ANTECEDENTES DE LA MUJERES NO USUARIAS POR GRUPOS DE EDADES



GRAFICA 9 (b)

### ANTECEDENTES DE LA MUJERES USUARIAS Y NO USUARIAS POR GRUPOS DE EDADES



GRAFICA 9 (c)

CUADRO 10

MUJERES USUARIAS Y NO USUARIAS EN RELACION AL PLANEAMIENTO

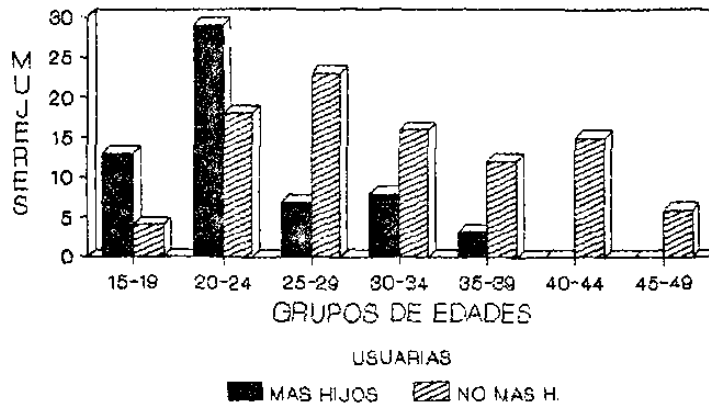
GRUPO EDAD	USUARIAS				NO USUARIAS				TOTAL			
	PLANEA MAS HIJOS N± %	NO PLANEA MAS HIJOS N± %	PLANEA MAS HIJOS N± %	NO PLANEA MAS HIJOS N± %	PLANEA MAS HIJOS N± %	NO PLANEA MAS HIJOS N± %	PLANEA MAS HIJOS N± %	NO PLANEA MAS HIJOS N± %	PLANEA MAS HIJOS N± %	NO PLANEA MAS HIJOS N± %	PLANEA MAS HIJOS N± %	NO PLANEA MAS HIJOS N± %
15-19 años	13	22	4	4	8	19	2	3	21	20	6	4
20-24 años	29	48	18	19	17	40	15	21	46	45	33	20
25-29 años	7	12	23	24	13	30	17	24	20	19	40	24
30-34 años	8	13	16	17	4	9	13	18	12	12	29	17
35-39 años	3	5	12	13	1	2	10	14	4	4	22	13
40-44 años	-	-	15	16	-	-	9	12	-	-	24	15
45-49 años	-	-	6	6	-	-	6	8	-	-	12	7
TOTAL	60	100	94	100	43	100	72	100	103	100	166	100

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

$\chi^2_{.05} = 32.328$  ;  $g1 = 6$  y 1 ;  $\chi^2_{.05} = 18.59931$  ;  $g1 = 6$  y 1

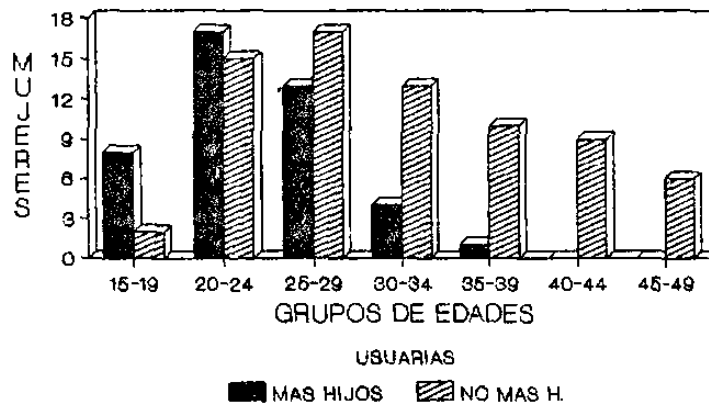
$\chi^2_{.05} = 54.2068$  ;  $g1 = 6$  y 1

### MUJERES USUARIAS EN RELACION AL PLANEAMIENTO



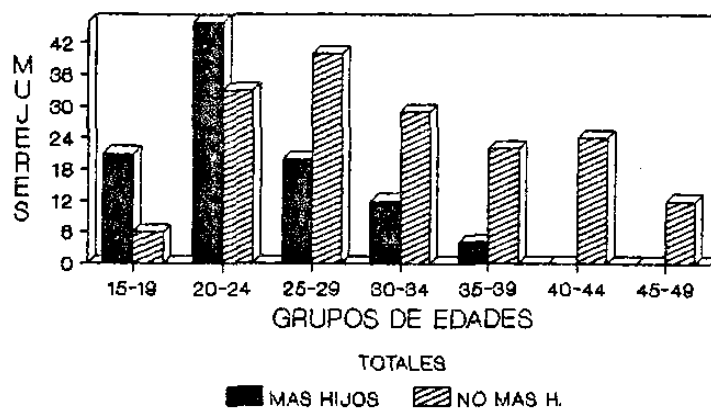
GRAFICA 10(a)

### MUJERES NO USUARIAS EN RELACION AL PLANEAMIENTO



GRAFICA 10(b)

### MUJERES USUARIAS Y NO USUARIAS EN RELACION AL PLANEAMIENTO



GRAFICA1:0(c)

CUADRO 11

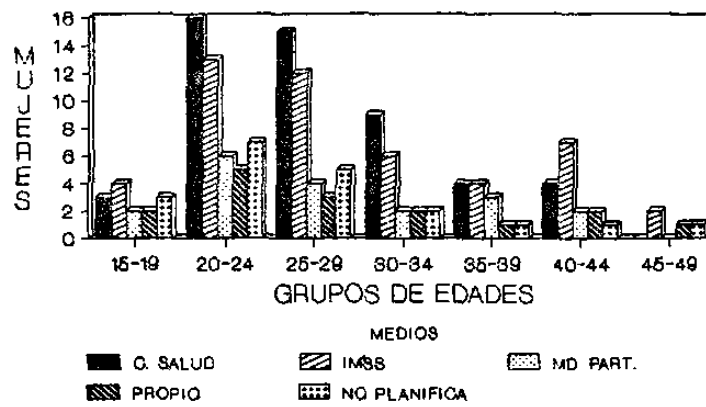
MUJERES POR GRUPOS DE EDAD, DE ACUERDO AL MEDIO DE PLANIFICACION FAMILIAR (n= 154)

GRUPOS DE EDAD (AÑOS)	MUJERES EN PLANIFICACION FAMILIAR		MEDIOS DE PLANIFICACION						NO PLANIFICA			
			CENTRO DE SALUD		SEGURO SOCIAL		MEDICO PARTICULAR		POR SU CUENTA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-19	14	9	3	6	4	8	2	10	2	13	3	15
20-24	47	31	16	31	13	27	6	32	5	31	7	35
25-29	39	25	15	29	12	25	4	21	3	18	5	25
30-34	21	14	9	18	6	13	2	10	2	13	2	10
35-39	13	8	4	8	4	8	3	17	1	6	1	5
40-44	16	10	4	8	7	15	2	10	2	13	1	5
45-49	4	3	-	-	2	4	-	-	1	6	1	5
TOTAL	154	100	51	100	48	100	19	100	16	63	20	100

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

$\chi^2_{.05} = 3.529689$  ; g.l= 6 y 4

### MUJERES DE ACUERDO A LOS MEDIOS DE PLANIFICACION EN RELACION A LA EDAD



GRAFICA 11

CUADRO 12

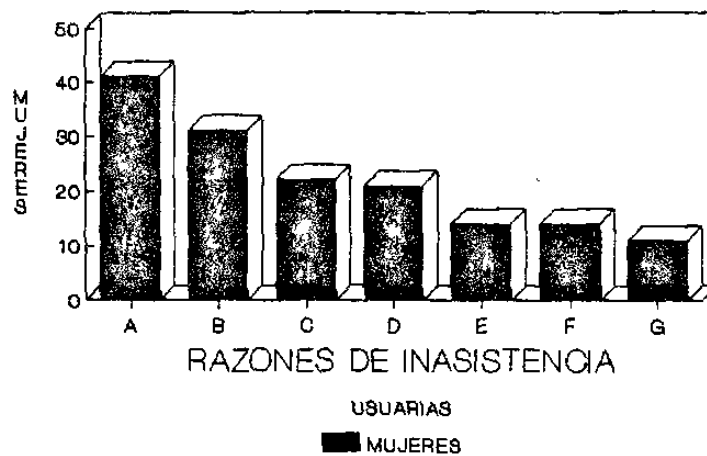
ASISTENCIA DE MUJERES USUARIAS Y RAZONES PARA DEJAR DE ASISTIR A LA CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR DE LOS CENTROS DE SALUD.

ASISTENCIA DE MUJERES A LA CONSULTA		Nº	%
RAZONES PARA DEJAR DE ASISTIR A LA CONSULTA			
Dicen acudir a la consulta periódicamente		41	27
Planifica en otra institución		31	20
Decidió dejar de planificar para tener otro bebé		22	14
Cree que no debe controlarse:	Está ligada	21	14
	Usa DIU	14	9
Planifica por su cuenta		14	9
No le cayó bien el método		11	7
TOTAL		154	100

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA



ASISTENCIA DE MUJERES USUARIAS Y RAZONES  
PARA DEJAR DE ASISTIR A LA CONSULTA



GRAFICA 12

- A. Acude a la consulta.
- B. Planifica con otra institución.
- C. Decidió dejar de planificar.
- D. Está ligada.
- E. Usa dispositivo intrauterino.
- F. Planifica por su cuenta.
- G. No le cayó bien el método.

CUADRO 13

CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES SOBRE EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN RELACION A ASPECTOS DE LA INFORMACION RECIBIDA

CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES SOBRE EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN RELACION A ASPECTOS DE LA INFORMACION RECIBIDA	USUARIAS (n= 154)		NO USUARIAS (n= 115)		TOTAL							
	CONOCE		NO CONOCE		CONOCE		NO CONOCE					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
Información de Argénos sexuales femeninos	9	6	19	12	13	11	30	26	22	82	49	18
Función de órganos sexuales femeninos	7	4	21	14	11	9	23	20	18	7	44	16
Formación del embarazo	43	28	19	12	53	46	21	18	96	33	40	15
Importancia del espaciamiento entre embarazos	53	38	96	62	70	60	45	39	128	47	141	52
Cuándo se planifica la familia	63	40	91	59	62	54	53	46	125	46	144	53
Método anticonceptivo	154	100	-	-	133	72	32	28	237	88	32	12
Ventajas del método que está usando	97	63	57	37	-	-	-	-	97	63	57	37
Desventajas del método que está usando	89	58	65	42	-	-	-	-	89	58	65	42

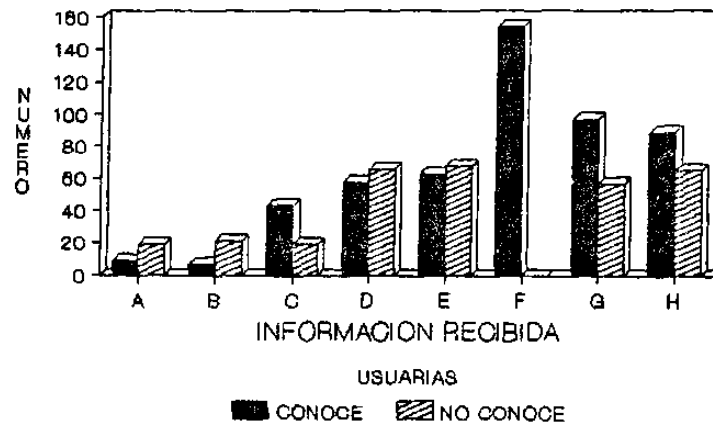
FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

$\chi^2_{.05} = 147.24444$  ; g.l. = 7 y 1

$\chi^2_{.05} = 46.96371$  ; g.l. = 5 y 1

$\chi^2_{.05} = 100.3618$  ; g.l. = 7 y 1

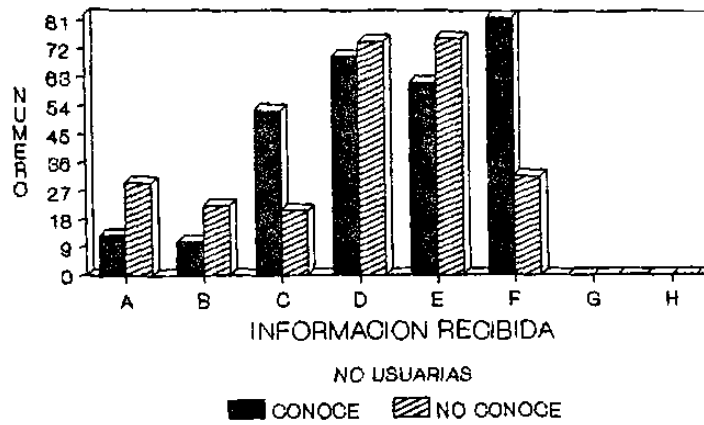
### CONOCIMIENTO SOBRE EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR



GRAFICA 13 (a)

- A. Información de órganos sexuales femeninos.
- B. Función de órganos sexuales femeninos.
- C. Formación del embarazo.
- D. Importancia del espaciamiento entre embarazos.
- E. Cuándo se planifica la familia.
- F. Método anticonceptivo.
- G. Ventajas del método que está usando.
- H. Desventajas del método que está usando.

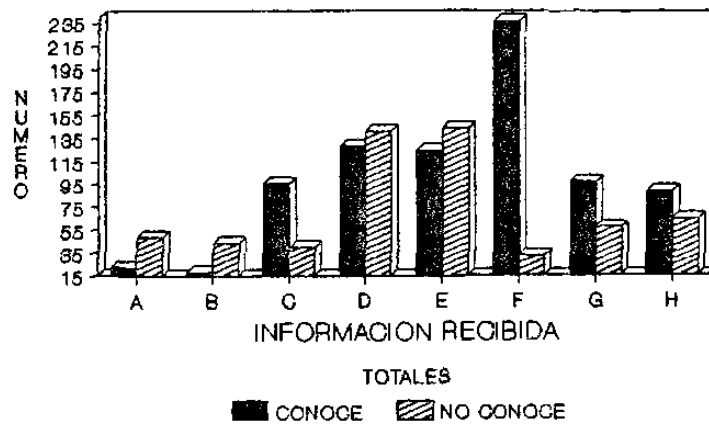
### CONOCIMIENTO SOBRE EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR



GRAFICA 13 (b)

- A. Información de órganos sexuales femeninos.
- B. Función de órganos sexuales femeninos.
- C. Formación del embarazo.
- D. Importancia del espaciamiento entre embarazos.
- E. Cuándo se planifica la familia.
- F. Método anticonceptivo.
- G. Ventajas del método que está usando.
- H. Desventajas del método que está usando.

### CONOCIMIENTO SOBRE EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR



GRAFICA 13 (c)

- A. Información de órganos sexuales femeninos.
- B. Función de órganos sexuales femeninos.
- C. Formación del embarazo.
- D. Importancia del espaciamiento entre embarazos.
- E. Cuándo se planifica la familia.
- F. Método anticonceptivo.
- G. Ventajas del método que está usando.
- H. Desventajas del método que está usando.

CUADRO 14  
 MUJERES USUARIAS Y NO USUARIAS SEGUN CONOCIMIENTO DEL ESPACIA-  
 MIENTO DE EMBARAZOS Y CUANDO SE PLANIFICA.

COMOCIMIENTO DE MUJERES USUARIAS Y NO USUARIAS INDICADORES	USUARIAS				NO USUARIAS				TOTAL			
	CONOCE		NO CONOCE		CONOCE		NO CONOCE		CONOCE		NO CONOCE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Riesgos para la salud Madre - Hijo	17	11	19	12	16	14	23	20	33	12	42	16
Disponibilidad de tiempo	29	19	25	16	21	18	14	12	50	19	39	14
Posibilidad de ajustar presupuesto	35	22	29	19	25	22	16	14	60	22	45	17
TOTAL	81	52	73	48	62	54	53	46	143	53	126	47

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

CUADRO 15  
 CONOCIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS  
 SEGUN USUARIAS Y NO USUARIAS

METODOS	CONOCIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS		USUARIAS		NO USUARIAS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pastillas	81	52	86	75		
Inyecciones	29	19	25	22		
Dispositivo intrauterino	30	19	26	23		
Espumas	13	8	11	9		
Ovulos	12	7	15	13		
Preservativos	30	19	25	22		
Salpingoclasia	37	24	17	15		
Vasectomia	15	9	9	8		
Otros	19	12	11	9		
No conoce			23	20		

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

CUADRO 16  
 MUJERES USUARIAS Y NO USUARIAS SEGUN USO DE FUENTES DE INFORMACION FORMALS RELACIONADAS CON EL CONOCIMIENTO DE PLANIFICACION FAMILIAR

FUENTES FORMALS CONOCIMIENTO SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR	MUJERES USUARIAS						MUJERES NO USUARIAS					
	1		2 y más		Total		1		2 y más		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aceptable	27	31	21	31	48	31	17	41	13	35	30	38
Incompleto	35	40	33	49	68	44	21	52	17	46	38	49
No sabe	25	29	13	20	38	25	3	7	7	19	10	13
TOTAL	87	100	67	100	154	100	41	100	37	100	78	100

FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

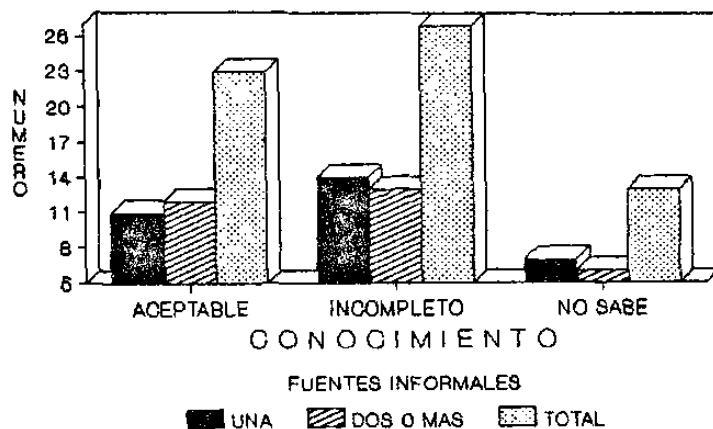
$\chi^2_{.05} = 2.035221$  ;  $gl = 2$  y 1

$\chi^2_{.05} = 1.337796$  ;  $gl = 2$  y 1

$\chi^2_{.05} = 4.571808$  ;  $gl = 2$  y 1

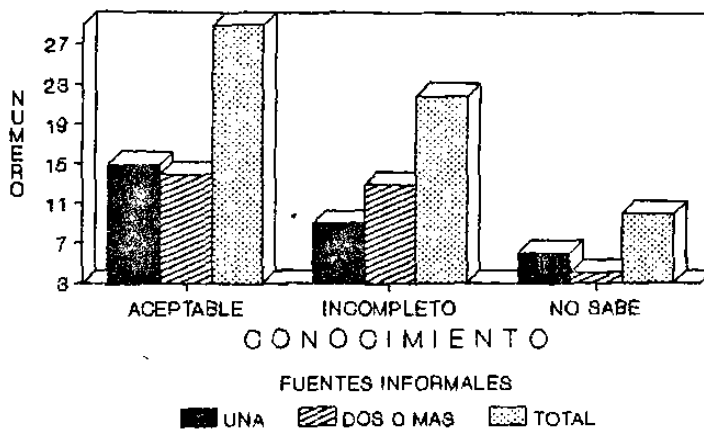


### MUJERES USUARIAS CON CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA



GRAFICA 16 (a)

### MUJERES NO USUARIAS CON CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA



GRAFICA 16 (b)

CUADRO 17  
 MUJERES USUARIAS Y NO USUARIAS SEGUN USO DE FUENTES INFORMALES  
 REACIONADAS AL CONCIMIENTO DE PLANIFICACION FAMILIAR

FUENTES INFORMALES CONCIMIEN- TO DEL PROGRA- MA DE PLANIFICACION	MUJERES USUARIAS						MUJERES NO USUARIAS					
	1		2 y más		Total		1		2 y más		Total	
	N=	%	N=	%	N=	%	N=	%	N=	%	N=	%
Acceptable	11	34	12	39	23	36	15	50	14	45	29	48
Incompleto	14	44	13	42	27	43	9	30	13	42	22	36
No sabe	7	22	6	19	13	21	6	20	4	13	10	16
TOTAL	32	100	31	100	63	100	30	100	31	100	61	100

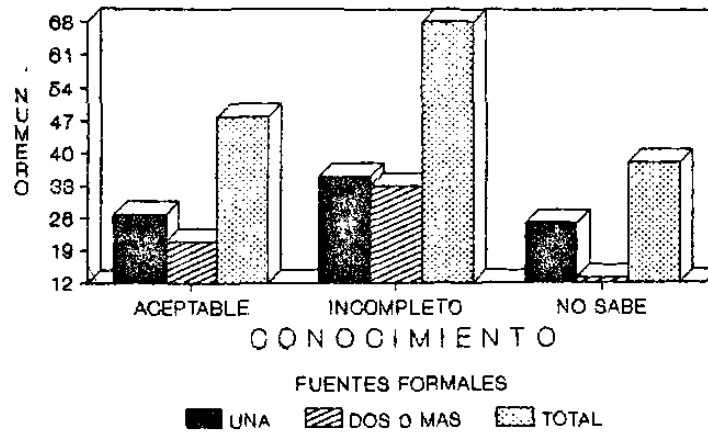
FUENTE: ENTREVISTA DIRECTA

$$\chi^2_{.05} = 0.141601 ; g1 = 2 y 1$$

$$\chi^2_{.05} = 0.4600345 ; g1 = 2 y 1$$

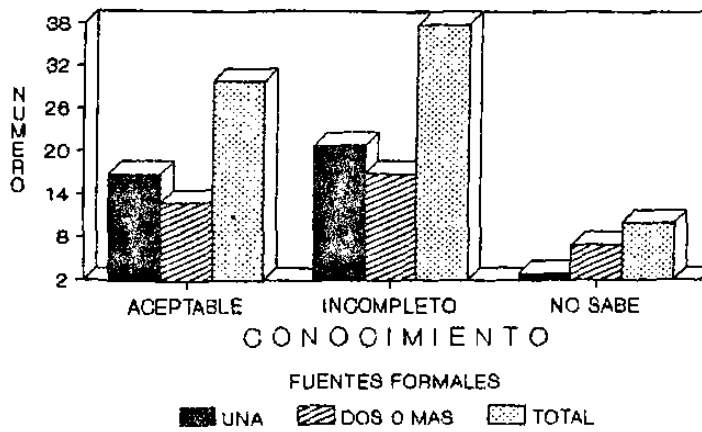
$$\chi^2_{.05} = 1.561965 ; g1 = 2 y 1$$

### MUJERES USUARIAS CON CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA



GRAFICA17 (a)

### MUJERES NO USUARIAS CON CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA



GRAFICA17 (b)

CUADRO 18

MUJERES SEGUN FUENTES DE INFORMACION FORMALS E INFORMALES RELACIONADAS CON EL CONOCIMIENTO DE PLANIFICACION FAMILIAR ( n = 269 )

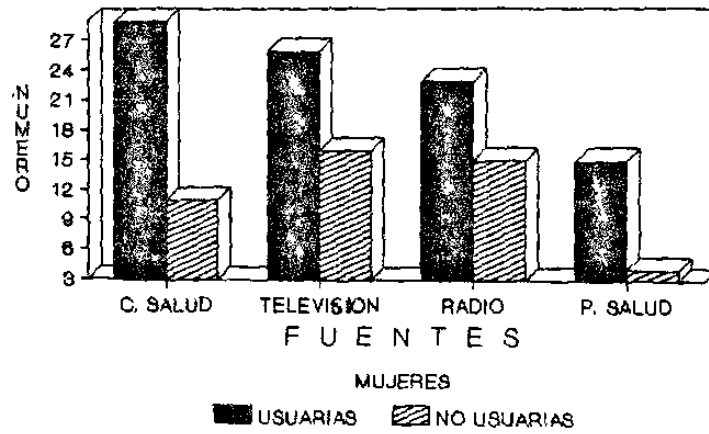
FUENTE	USUARIAS		NO USUARIAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MUJERES						
FORMAL:						
Centro de Salud	29	19	11	10	40	15
Televisión	26	17	16	14	42	16
Radio	23	15	15	13	38	14
Promotor de Salud	15	10	4	3	19	7
INFORMAL:						
Esposo	16	10	21	18	37	14
Familia	14	11	19	17	36	13
Vecinos	18	12	16	14	34	12
No tiene información	10	6	13	11	23	9
TOTAL	154	100	115	100	269	100

FUENTES:  
ENTREVISTA DIRECTA

$\chi^2_{.05} = 2.982491$  ;  $g.l. = 3$  y 1

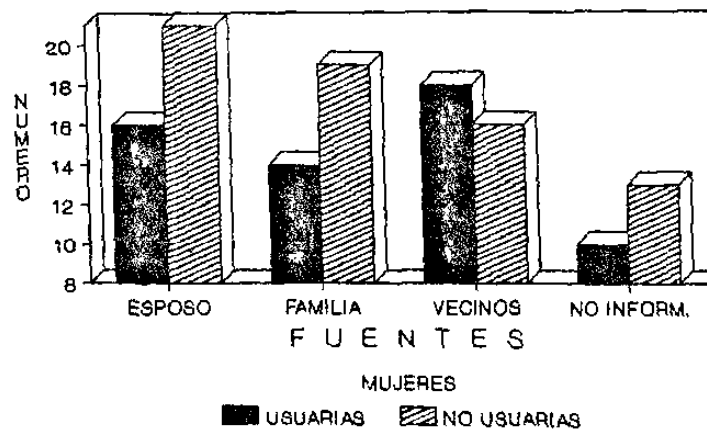
$\chi^2_{.05} = 0.9969258$  ;  $g.l. = 3$  y 1

### MUJERES USUARIAS Y NO CON CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA



GRAFICA 18 (a)

### MUJERES USUARIAS Y NO CON CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA



GRAFICA 18 (b)

## VII. CONCLUSIONES

Los resultados de este trabajo arrojan las siguientes conclusiones:

### PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA

Las variables que presentaron relación significativa con el logro de objetivos y el conocimiento de la estructura fueron: patrones de autoridad y responsabilidad; información sobre el programa de planificación familiar; coordinación y motivos de comunicación.

Las variables que no presentaron dependencia significativa con el logro de objetivos y la participación en la estructura ligada a la comunicación fueron: información sobre las actividades del programa y participación en las actividades tanto para el personal médico como el de enfermería.

Las variables que presentaron dependencia con el logro de objetivos y los sistemas de comunicación en el programa de planificación familiar fueron: medios para recibir comunicación y conocimiento de medios. Se encontró menor dependencia entre el uso de información y el conocimiento del personal. Y no presentaron dependencia los motivos para utilizar manuales de normas y procedimientos del programa y el

personal médico y de enfermería.

Se puede concluir que la asignación de recursos humanos para el servicio de planificación familiar, reduce la participación y el conocimiento de los sistemas de comunicación. La situación conduce a considerar la posibilidad de diseñar alternativas que permitan integrar al resto del personal en procesos combinados de tareas en el programa. Estos datos también podrían ayudar en el centro de salud.

#### MUJERES USUARIAS Y NO USUARIAS

Las variables que presentaron relación significativa con la planificación familiar fueron: grupos de edad y el número de hijos en usuarias; grupos de edad y total de mujeres que planean o no tener más hijos.

La edad con mayor frecuencia de usuarias se encontró entre 20 a 29 años.

Los grupos de edad con mayor frecuencia de usuarias y no usuarias que planean tener más hijos en el futuro se encontró entre los 15 a 24 años; aunque en todos los grupos se nota este deseo. Se concluye que existe una alza en el número de mujeres en los dos grupos que no desean tener más hijos.

Los medios para planificar con mayor número de mujeres entre 20 a 29 años, fueron el centro de salud, el seguro social y médico particular.

Las razones con mayor porcentaje de usuarias para dejar de asistir a la consulta se encontró en: cree que no debe controlarse (23%); planifica por su cuenta (9%); y no

le cayó bien el método (7%).

Las variables que presentaron dependencia significativa con el conocimiento del programa de planificación familiar fueron: información recibida y conocimiento de usuarias y no usuarias del programa; información y total de mujeres que conocen o no al programa. Aunque se encontró escasa diferencia entre los dos grupos en el rango Conoce. Se concluye que la información en la mayoría de las mujeres adolece de una mayor especificación.

El conocimiento en relación al espaciamiento entre embarazos y cuándo se planifica resultó tener mayor impacto en el ajuste del presupuesto y disponibilidad de tiempo para atender a la familia, que en riesgos para la salud madre-hijo, que representan el 41 y 12% respectivamente.

El mayor conocimiento de métodos anticonceptivos entre usuarias y no usuarias se encontró en las pastillas (27%); dispositivo intrauterino (43%); inyecciones (41%); salpingo clasia (39%); y el menor conocimiento en la vasectomía (18%). Las ventajas para las usuarias de los métodos que usaban en base a los señalados, son la efectividad y la seguridad; y las desventajas radicaban en efectos no deseables en el organismo.

El conocimiento del programa en relación a fuentes formales e informales no presentó dependencia.

Se puede concluir que el ingreso de mujeres al programa de planificación familiar está ligado con la información que reciben sobre el mismo. Esto conduce a considerar la po



sibilidad de ampliar los esfuerzos de investigación orientados a verificar en usuarias y no usuarias el conocimiento del programa, en términos de sus necesidades de información en relación a cada uno de los aspectos mencionados. Estos datos también podrían ayudar en el Centro de Salud.

BIBLIOTECA DE POST-GRAD  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
U. A. N. L.

## VIII. LIMITACIONES

El planteamiento hecho en el presente estudio requiere para su corroboración, de investigaciones que profundicen más en la interrelación del programa de planificación familiar y los elementos estructurales, tales como participación del personal médico y de enfermería, y los procesos de comunicación implicados en su operatividad; dado que la muestra fué tomada en tres centros de salud, los cuales tienen características diferentes al resto de las Unidades Aplicativas del municipio de Cadereyta, y los resultados sólo pueden ser generalizados al personal de los establecimientos seleccionados.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Secretaría de Salud. 1981. Planificación Familiar, "Fecundidad, Anticoncepción y Planificación Familiar". Vol. 1, N<sup>o</sup> 5, México, D.F., Pág. 2.
2. Urbina, F.M. y Vernon, R. 1985. La Investigación Psicosocial y de Planificación Familiar en México. Salud Pública, México, D.F., pág. 27.
3. Secretaría de Salud. 1987. Programa de Atención Integral a la Salud de los Adolescentes. Dirección de Planificación Familiar. Vol. 3, N<sup>o</sup> 2, México, D.F., pag. 2.
4. Katz, D. y Khan, R. 1966. The Social Psychology of Organizations. Jhon Wiley, New York, pág. 31.
5. Koontz, H. y O'Donnell. 1981. Administración Moderna: Un Análisis de Estructura Organizacional. Mac Graw Hill, México, D.F., pág. 220.
6. Blau, P. y Schoemnger, R. 1970. Formal Theory of Differentiation in Organizations. American Sociological Review. Vol. 35, N<sup>o</sup> 2, pág. 201.
7. Mahoney, T., Frost, A. y otros. 1972. The Conditioning Influence or Organizational Size on Managerial Practice. Organizational Behavior and Human Per -

- formance. Vol. 8. Nº 2, págs. 230-241.
8. Aldrich, H. 1972. Technology and Organizational Structure: A Reexamination of the Findings of the Aston Group. Administrative Science Quarterly. Vol. 17, Nº 1, págs. 26-43.
  9. Woodward, J. 1973. Industrial Organizations: Theory and Practice. Work in America Cambriadge, Mass Mit. Press, pág. 72.
  10. Leavit, H. 1977. "The Effects of Certain Communications Patterns on Group Performance". Journal of Abnormal and Social Psychology. Vol. 46. Nº 1, pág. 38.
  11. Roberts, K. y O'Reilly, Ch. 1974. Organizational Theory and Organizational Communications, Human Relations. Vol. 27, Nº 4, pág. 501.
  12. Hage, J. y otros. 1971. Organization Structure and Communications in American Sociological Review, pág. 869.
  13. Farace, R. y Taylor, J. 1979. Criteria for Evaluation of Organizational Communication Effectiveness: Review and Synthesis, Yn: Communication Year Book II, New Brunswick, New York: International Communication Association, pág. 21.
  14. Merani, A. 1980. El Lenguaje. Editorial Grijalbo. México, D.F., pág. 29.
  15. Oficina Sanitaria Panamericana. 1985. Encuesta Mundial de Fertilidad. Vol. 99. Nº 3. Washington, D.C., pág. 298.

16. Secretaría de Salud. 1985. Características de las Usuarías Nuevas del Programa de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud 1976-1983. Planificación Familiar. México, D.F., pág. 35.
17. Vásquez, L. 1979. Planificación Familiar. Estudio Socioeconómico de Planificación Familiar para el Área Metropolitana de Monterrey. Centro de Investigaciones Económicas. Universidad Autónoma de Nuevo León, págs. 77-78.
18. Secretaría de Salud. 1984. Percepciones y Actitudes de Prestadores y No Prestadores de Servicios hacia la Planificación Familiar. Planificación Familiar. Vol. 3, Nº 4, pág. 2.
19. García, R. y Yta, R. 1975. Estudios Psicosociales en la Reproducción Humana. Facultad de Medicina, Unidad de Biología. Hospital Universitario, U.A.N.L., pág. 15.
20. Secretaría de Salud. 1986. Conocimiento, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en las Zonas Rurales y Urbano Marginadas. Planificación Familiar. Vol. 3, Nº 6, México, D.F., pág. 2.
21. Covarrubias, A. 1982, La Comunicación y el Cambio Cognoscitivo, Actitudinal y Conductual de la Planificación Familiar; en la Revolución Democrática. Martínez Manaotou J., editor IMSS, México, D.F., pág. 170.

22. Secretaría de Salud. 1986. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Planificación Familiar en las Zonas Rurales y Urbano Marginadas. Planificación Familiar. Vol. 3, N<sup>o</sup> 6, México, D.F., pág. 2.
23. Shedlin, M. y Holler, P. 1978. Modern and Traditional Fertility Regulation in a Mexican Community: Factors in the Process of Decision Making. Center for Population and Family Health. Columbia University, New York, Population Council, Sep., págs. 43-44.
24. Flores, A. 1976. Salud de la Población de Guadalupe, Nuevo León, Análisis de los Resultados de una Encuesta. Publicación de Salud de Guadalupe. Universidad Autónoma de Nuevo León, pág. 43.
25. Hill, R. 1968. Estudios de Planificación Familiar. Tomado de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. División de Estudios de Población. Vol. 3, pág. 33.
26. Hornik, R. 1980. La Comunicación como Complemento del Desarrollo. Traducido por Jorge Pedroza. Facultad de Ciencias de la Comunicación. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, pág. 18. (material mimeografiado).
27. Piact, A. 1978. Casos, Problemas y Material de Apoyo, citado por el Instituto de Estudios Superiores. División de Ciencias y Humanidades. Monterrey, Nuevo León, pág. 534.

28. Secretaría de Salud. 1987. Encuesta de Opinión, IV Taller Nacional de Programación y Evaluación del Programa de Planificación Familiar. México, D.F., pág. 2. (material mimeografiado).
29. Crevenna, P. y Real, H. 1989. Integridad de las Fuentes de Defunción y Problemas en la Transcripción de la Información en Ocho Estados de la República Mexicana. Salud Pública. Vol. 31, N° 5, México, pág. 592.
30. Nie, N. et al . 1970. Statical Package for The Social Science, Second Edition. Mac Graw Hill. Book, C.O., p.p. 244-281.

## IX. BIBLIOGRAFIA ADICIONAL

- ARCHIVOS DE INVESTIGACION MEDICA. 1989. Vol. 20, Nº 2, México, D.F.
- ARDNT, C. 1975. Nursing Administration: Theory for Practice with a Systems Approach. Editorial The C.V. Mosby Company Saint Louis, U.S.A.
- BENDIDH, J. 1980. La Investigación Actual sobre Anticonceptivos. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar. The Alan Guttmacher Institute. Vol. 6, Nº 3.
- BERLO, D. 1975. El Proceso de Comunicación. Introducción a la Teoría y a la Práctica. Editorial El Ateneo, Buenos Aires.
- CAMPOS, A. 1982. Método, Plan y Proyecto en Investigación Social. Colección Salud y Sociedad. Programa Americano de Ciencias de la Salud.
- CERDAF, R. y Otros. 1989. Relación de algunos Factores con la Distribución de la Proporción Sexual Secundaria en Familias de Monterrey, Nuevo León. IV Coloquio de Antropología Física, U.N.A.M., México, D.F.
- COPLAMAR. 1982. Necesidades Esenciales en México. Salud Siglo XXI, México, D.F.



- DESSLER, G. 1986. Organización y Administración. Enfoque Situacional. Editorial Prentice-Hall Hispanoamérica, México, D.F.
- GIBSON, J., Ceviche, J. y Otros. 1987. Organizaciones: Conducta, Estructura, Procesos. Editorial Interamericana, México, D.F.
- HICKS, H. 1986. Administración de Organizaciones desde el Punto de Vista de Sistemas y Recursos. 7ed. Editorial Continental, México, D.F.
- J.S. 1983. Planificación Familiar. Encuesta Rural de Planificación Familiar. Documento Metodológico, IMSS, México, D.F.
- KAST, F. y Rosenweigt, E. 1985. Administración de las Organizaciones: Un Enfoque de Sistemas. Editorial Calypo, México, D.F.
- KERLINGER, F. 1983. Investigación del Comportamiento. 2ed., en español. Editorial Interamericana, México, D.F.
- KIMBERLY, J. 1976. Organizational Size and The Structuralist Perspective: A Review Critique and Proposal. Administrative Science Quarterly. Vol. 20, Nº 4.
- LEÑERO, M. 1982. De lo Institucional a lo Comunitario: UN Programa de Salud Rural. Asociación Mexicana de Población, México, D.F.
- LEY GENERAL DE SALUD. 1986. Diario Oficial, México, D.F.

NORMA TECNICA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN ATENCION PRIMARIA. Diario Oficial, 7 de Julio de 1986.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. 1984. Algunas Tendencias de Educación y Participación Comunitaria en Salud en América Latina. Gallardo Leonel. Vol. 96, N° 4, Washington, E.U.A.

POLLIT, D. y Hungler, B. 1987. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 2ed. Editorial Panamericana, México, D.F.

POWLAND, H. y Powland, B. 1980. Nursing Administration Handbook. Editorial Advisory Board, U.S.A.

SCHRAMM, W. 1982. La Ciencia de la Comunicación Humana. Editorial Grijalbo, México, D.F.

SANDMAN, P. y Media, M. 1987. An Introductory Analysis of American Mass Communication. Prentice-Hall- inc. Englewood Cliffsnj.

SIMMS, J., Price, S., Ervin, N. 1986. Administración de los Servicios de Enfermería. Editorial Interamericana, México, D.F.

SISTEMA NACIONAL DE REGISTRO DE LA INVESTIGACION Y EL DESARROLLO TECNOLOGICO. 1987. Bol. Invest. Desarrollo Tecnol. Salud, México, D.F.

URSUA, R. 1977. El Desarrollo y la Población en América Latina. Siglo XXI, México, D.F.

WAYNE, D. 1985. Estadísticas con Aplicación a las Ciencias Sociales y a la Educación. Editorial Calypso, México, D.F.

X. ANEXOS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
DIVISION DE POSTGRADO

BIBLIOTECA DE POSTGRADO  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
U. A. N. L.

Cuestionario para Personal Médico y de  
Enfermería de Centros de Salud de la  
Secretaría Estatal de Salud, pertene-  
cientes a la Jurisdicción G. Cadereyta  
Jiménez, Nuevo León.

I. IDENTIFICACION

- 1. Folio Nº \_\_\_\_\_
- 2. Fecha: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_
- 3. Centro de Salud \_\_\_\_\_
- 4. Puesto que desempeña \_\_\_\_\_
- 5. Sexo \_\_\_\_\_

II. CONOCIMIENTO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Patrones de autoridad y responsabilidad.

- 6. Puesto que desempeña su jefe o jefes inmediatos \_\_\_\_\_

- 7. ¿Cuántas personas dependen de usted en el Centro de Salud?

(Número y Puesto)

- 8. Mencione el puesto que ocupe la persona que le asigna a usted sus actividades laborales \_\_\_\_\_

- 9. Describa qué decisiones toma usted en su trabajo \_\_\_\_\_

- 10. ¿A quién informa usted de su trabajo? \_\_\_\_\_

BIBLIOTECA DE POSTGRADO  
 FACULTAD DE ENFERMERIA  
 U. A. N. L.

11. ¿Con quién se comunica o coordina para llevar a cabo el programa de Planificación Familiar en el Centro de Salud?

1. Persona \_\_\_\_\_  
(Nombre)

11.2. Puesto \_\_\_\_\_  
(Nombre)

11.3. ¿Para qué se comunica usted?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. ¿Con quién tiene que comunicarse o coordinarse a nivel de la Jurisdicción, para llevar a cabo las actividades del programa de Planificación Familiar?

1. Persona \_\_\_\_\_  
(Nombre)

12.2. Puesto \_\_\_\_\_  
(Nombre)

12.3. ¿Para qué se comunica usted?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### III. NIVEL DE PARTICIPACION

13. Describa en orden las actividades que usted realiza en el programa de Planificación Familiar.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

---

---

13.1. En caso de no realizar actividades, explique los motivos

---

---

---

---

---

14. ¿Cuáles son los beneficios del programa de Planificación Familiar que usted le explica a los usuarios?

---

---

---

---

---

15. ¿Qué espera el servicio de su actividad en el programa de Planificación Familiar?

---

---

---

---

---

16. ¿Cómo se evalúa el programa de Planificación Familiar?

---

---

---

Otros: Especifi que \_\_\_\_\_

17. ¿Qué actividades especiales se llevan a cabo en el programa de Planificación Familiar para:

17.1. Ampliación de Cobertura

---

---

---

---

---

17.2. Promoción de la demanda

---

---

---

---

---

17.3. Contribuir a la comunidad individual \_\_\_\_\_

---

---

Colectivo \_\_\_\_\_

---

---

17.4. Actualización del personal

---

---

---

Otros: Especifique \_\_\_\_\_

IV. PROCESOS DE COMUNICACION EN EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

18. ¿Cómo recibe la comunicación sobre el programa de Planificación Familiar?

---

---

---

---

---

19. ¿Qué uso le da el servicio a los informes que usted envía?

---

---

---

---

---

20. ¿En qué situaciones utiliza usted los manuales de normas y procedimientos del programa de Planificación Familiar?

---

---

---

---

---

OBSERVACIONES

---

---

---



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ENFERMERIA

Instructivo de llenado y codificación para el  
Cuestionario a aplicar al personal médico y de enfermería de  
Centros de Salud de la Secretaría de  
Salud seleccionados, pertenecientes a la  
Jurisdicción 6. Cadereyta Jiménez, Nuevo León.

INDICACIONES GENERALES

La unidad a la que se aplicará el instrumento será a médicos y enfermeras de los establecimientos de salud del primer nivel seleccionados.

I. IDENTIFICACION

1. Se dará numeración progresiva conforme se vayan realizando las entrevistas.
2. Fecha de aplicación, usar según sea el caso para el mes 01 al 12, por ejemplo mes 7, día 18, año 1990.
3. Centro de Salud, anotar el nombre del Centro de Salud y el código del cuestionario.
4. Puesto, anotar el puesto que desempeña la persona que se entrevista. Codificar puestos esperados de acuerdo a:
  1. Médico jefe del Centro de Salud
  2. Médico general
  3. Enfermera jefe de la Unidad de Enfermera
  4. Enfermera Coordinadora
  5. Enfermera Supervisora
  6. Enfermera General
  7. Auxiliar de Enfermería
  8. Médico supervisor jurisdiccional del programa de Planificación Familiar.Oros= Especifique.

5. Sexo, anotar el sexo del entrevistado (a).

I. CONOCIMIENTO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.

6. Puesto que desempeña su jefe inmediato o jefes inmediatos. Haga la pregunta y deje que la persona entrevistada se exprese. Codifique de acuerdo al puesto que tiene el jefe o jefes inmediatos.

1. Médico jefe de la Jurisdicción
2. Médico jefe de Atención Médica

3. Médico jefe del Centro de Salud
  4. Enfermera jefe Jurisdiccional
  5. Enfermera jefe del Centro de Salud
  6. Enfermera Supervisora de Zona
- Otros= Especifique.

7. ¿Cuántas personas dependen de usted en el Centro de Salud? Anote el número y codifique por categorías de acuerdo a:

1. Médicos
  2. Enfermeras
  3. Promotores de Salud
  4. Auxiliares de Enfermería
  5. Ninguna
- Otros= Especifique.

8. Mencione el puesto que ocupa la persona que le asigna a usted sus actividades laborales. Deje que la persona se exprese, y codifique.

1. Jefe inmediato
  2. Coordinador
  3. Supervisor de Zona
  4. Enfermera General
  5. Ejecuta las actividades por rutina
- Otros= Especifique.

9. Describa qué decisiones toma usted en su trabajo. Deje que la persona se exprese libremente, trate de anotar la respuesta textualmente y codifique de acuerdo a lo siguiente.

1. Toma decisiones y realiza las acciones que permitan dar soluciones a los problemas en el momento y lugar que estos se presentan.
2. Su decisión se apoya en el sistema en el sistema de información del Centro de Salud
3. ~~Elabora la decisión a partir de la información que posee.~~
4. Tiene autoridad para tomar decisiones específicas en el ámbito de su competencia.
5. Toma las decisiones y las informa a su jefe inmediato, pues cuenta con cierta autonomía administrativa.
6. No participa en la toma de decisiones en el trabajo.

10. ¿A quién informa usted de su trabajo? Anote el dato tal como lo expresa la persona y codifique.

1. Médico jefe de la Jurisdicción
2. Médico jefe de Atención Médica
3. Médico jefe del Centro de Salud

4. Enfermera jefe Jurisdiccional
  5. Enfermera jefe del Centro de Salud
  6. Enfermera Supervisora de Zona
- Otros= Especifique.

11. ¿Con quién se comunica o coordina para llevar a cabo el programa de Planificación Familiar en el Centro de Salud? Escriba la respuesta textualmente. Anote el nombre de la persona con quien se comunica y codifique de acuerdo al puesto.

1. Médico jefe del Centro
2. Médico General
3. Enfermera jefe de la Unidad de Enfermería

11.1. ¿Para qué se comunica usted? Anote textualmente la respuesta y codifique.

1. Informar problemas presentados en el desarrollo de las actividades del programa de Planificación Familiar.

2. Pedir y entregar información del programa.

3. Pedir orientación técnica o de procedimientos.

4. Solicitar suministros, revisión, mantenimiento de material y equipos para el programa de Planificación Familiar.

12. ¿Con quién tiene que comunicarse o coordinarse a nivel de la Jurisdicción, para llevar a cabo las actividades del programa de Planificación Familiar? Anote la respuesta, escriba el nombre de la persona con quién se comunica y codifique.

1. Médico jefe de la Jurisdicción
2. Médico jefe de Atención Médica
3. Médico Supervisor del Programa de Planificación Familiar
4. Enfermera jefe Jurisdiccional
5. Enfermera Supervisora de Zona

Otros= Especifique.

12.1. ¿Para qué se comunica? Deje que la persona se exprese libremente y codifique.

1. Enviar informe de actividades

2. Informar de decisiones tomadas respecto a las actividades del programa de Planificación Familiar

3. Solicitar orientación sobre el desarrollo del programa

4. Solicitar material para el cumplimiento de las actividades del programa de planificación familiar.

Otros= Especifique.

### III. NIVEL DE PARTICIPACION

13. Describa en orden las actividades que usted realiza en el programa de Planificación Familiar. Anote las respuestas textualmente, y codifique de acuerdo a:

1. Apertura del expediente clínico: Historia clínica completa.
2. Interrogatorio y exploración física.
3. Solicitud de exámenes de laboratorio y de gabinete.
4. Diagnóstico.
5. Prescripción del método anticonceptivo.
6. Señalamiento de riesgos.
7. Indicaciones preventivas.
8. Citas a consulta subsecuente.
9. *Referencias a otra institución de salud.*
10. Toma de decisiones.
11. Visitas domiciliarias.
12. Pláticas a grupos integrados.
13. Detección y canalización de personas que desean planificar al Centro de Salud.
14. Reporte diario de actividades.
15. Elaboración de informe mensual de actividades realizadas en el programa de Planificación Familiar.

13.1. En caso de no realizar las actividades, explique los motivos. Anote el dato y codifique.

1. Las actividades no le han sido asignadas
2. Desconoce las actividades del programa
3. Carencia de material para realizar las actividades
4. Las actividades las realiza el médico familiar de otra institución de salud

5. Otros= Especifique.

14. ¿Cuáles son los beneficios del programa de Planificación Familiar que usted le explica a los usuarios? Haga la pregunta y permita que la persona exprese su respuesta, anote textualmente, y codifique.

1. Contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de las parejas, la familia y la comunidad.
2. Reduce los riesgos que para la salud materno infantil conlleva:
  - 2.1. Los intervalos cortos entre nacimientos
  - 2.2. Los embarazos en edades extremas del período reproductivo: menos de veinte años y mayores de treinta y cinco años.
  - 2.3. La alta paridad, mediante la aplicación de métodos de control anticonceptivo
  - 2.4. El número elevado de abortos que determinan el deterioro orgánico en la mujer,

predisponiéndola a serias complicaciones.

15. ¿Qué espera el servicio de salud de su actividad en el programa de Planificación Familiar? Anote lo que la persona diga, y codifique.

1. Proporcione atención al usuario, familia y/o grupos de la comunidad, apropiada, segura, oportuna y humana.

2. Emplee medidas de control de los resultados de las actividades del programa para identificar problemas y tomar medidas correctivas oportunas (revisión de informes y retroinformación al personal del servicio, revisión y reprogramación de actividades).

3. Realice funciones de coordinación e información de la atención al usuario, provistos por el personal del servicio.

4. Integre los recursos apropiados dentro del servicio para desarrollar las actividades del programa (distribución de material).

5. Relacione las actividades del servicio, correspondientes al programa de Planificación Familiar (elaboración de informes, revisión de actividades).

6. Relacione las actividades del programa de Planificación Familiar con la comunidad (usuarios atendidos, mujeres captadas y canalizadas a la consula, promoción de la demanda del programa en la comunidad).

16. ¿Cómo se evalúa el programa de Planificación Familiar? Deje que la persona se explique, y codifique.

1. Cobertura poblacional

2. Número de nacimientos

3. Tendencias de la población: -Crecimiento -Disminución

4. Actividades realizadas por el personal de salud

5. No sabe

Oros= Especifique.

17. ¿Qué actividades especiales se llevan a cabo para la ampliación de cobertura, promoción de la demanda, contribución a la comunidad y actualización del personal del programa de Planificación Familiar? Deje que se exprese libremente la persona, anote textualmente las respuestas y codifique de acuerdo a:

.Ampliación de Cobertura: Prestación de servicios básicos de salud en las comunidades pertenecientes al Centro de Salud.

1. Planificación Familiar

2. Inmunizaciones

3. Atención al menor de cinco años

4. Control prenatal

5. Supervisión al personal voluntario adiestrado

*.Promoción de la Demanda*

1. Entrevistas personales
2. Visitas domiciliarias
3. Pláticas a grupos
4. Promoción educativa por medios masivos e impresos.

*.Contribución a la comunidad: Participación de la población en el desarrollo de actividades sencillas en el mejoramiento de la salud individual y colectivo.*

INDIVIDUAL

1. Autocuidado de la salud
2. Higiene personal
3. Saneamiento de la vivienda
4. Atención del embarazo
5. Alimentación de la familia, especialmente menores de un año y preescolares

COLECTIVO: Promoción del saneamiento relativo a la obtención de:

6. Agua potable, eliminación de excretos
7. Control de basura y fauna nociva
8. Cultivo de huertos familiares

*.Actualización de Personal*

1. Cursos de actualización sobre el programa de Planificación Familiar
2. Información permanente sobre el programa (reuniones, boletines informativos, bibliografía)

#### IV. PROCESOS DE COMUNICACION EN EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

18. *¿Cómo se recibe la comunicación sobre el programa de Planificación Familiar? Haga la pregunta sobre las formas de comunicación que se tiene en el programa en el Centro de Salud, anote el dato, y codifique.*

1. Reuniones
2. Comunicaciones
3. Comunicaciones orales/verbales

19. *¿Qué uso le da el servicio a los informes que usted envía? Haga la pregunta, deje que la persona se exprese, anote la respuesta y codifique.*

1. Utilización de la información para fines estadísticos
2. Determinación de las metas
3. Programación de actividades
4. Evaluación del programa

5. ¿Desconoce el uso de la información que genera el servicio?

6. Opina que no se utiliza para nada

Otros= Especifique.

20. ¿En qué situaciones utiliza usted los manuales de normas y procedimientos del programa de Planificación Familiar?

1. Unificación de criterios individuales sobre técnicas y procedimientos que enfoque hacia la realización de las actividades
2. Consulta cuando está dando el servicio
3. Cuando tiene que resolver un problema y/o toma una decisión
4. En la revisión para la actualización de los manuales
5. No utiliza los manuales en el trabajo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
DIVISIÓN DE POSTGRADO

Respuesta de las mujeres al Programa  
de Planificación Familiar, Cadereyta  
Jiménez, Nuevo León.

I. IDENTIFICACION

- 1. Folio Nº \_\_\_\_\_
- 2. Fecha de aplicación: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_
- 3. Nombre de la entrevistada \_\_\_\_\_
- 4. Dirección \_\_\_\_\_
- 5. Edad \_\_\_\_\_
- 6. Número de hijos vivos \_\_\_\_\_
- 7. Número de hijos muertos \_\_\_\_\_
- 8. Número de abortos \_\_\_\_\_
- 9. ¿Está embarazada?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 10. Si no está embarazada, ¿se encuentra en Planificación Familiar?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 11. ¿Planea tener más hijos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 12. Si planifica, ¿Con quién?
  - 1. Centro de Salud \_\_\_\_\_
  - 2. Instituto del Seguro Social \_\_\_\_\_
  - 3. Médico Particular \_\_\_\_\_
  - 4. Por su cuenta \_\_\_\_\_
  - 5. Otros, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

II. ASISTENCIA DE MUJERES A LA CONSULTA

- 13. ¿Asiste usted a la consulta con la periodicidad estipulada?  
Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_



Cont...

14. Si la respuesta anterior es no, ¿porqué?
1. ¿Desconoce que haya consulta de Planificación Familiar? \_\_\_\_\_
  2. ¿Carecía el Centro de Salud el método que debía usar? \_\_\_\_\_
  3. ¿Hay escasa privacidad para hablar con el personal de servicio? \_\_\_\_\_
  4. ¿La atendieron mal en el servicio? \_\_\_\_\_
  5. ¿La adaptación al método es insatisfactoria? \_\_\_\_\_
  6. Negativa del esposo a que use un método \_\_\_\_\_
  7. ¿Decidió dejar de planificar? \_\_\_\_\_
  8. Otros: Especifique \_\_\_\_\_

III. CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.

15. ¿Conoce usted cómo se produce el embarazo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

15.1 Si la respuesta es si ¿Podría explicarlo?

---

---

---

---

---

---

16. ¿Conoce usted la importancia del espaciamientos entre los embarazos?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

16.1 Si la respuesta es si, ¿podría explicarlo?

---

---

---

---

---

---

17. ¿Sabe usted cuándo se planifica la familia? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

17.1 Si la respuesta es si, ¿podría explicarlo?

---

---

---

---

---

18. ¿Conoce usted métodos para evitar embarazos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

18.1 Si la respuesta es si, diga cuáles

1. Pastillas \_\_\_\_\_
2. Inyecciones \_\_\_\_\_
3. Diapositivo intrauterino-Dov. \_\_\_\_\_
4. Espumas \_\_\_\_\_
5. Ovulos \_\_\_\_\_
6. Preservativos \_\_\_\_\_
7. Salpigoclasia \_\_\_\_\_
8. Vasectomia \_\_\_\_\_
9. Otros: Especifique \_\_\_\_\_

19. ¿Sabe usted las ventajas y desventajas del método que está usando?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

19.1 Si la respuesta es si, ¿podría explicarlos?

---

---

---

---

---

---

20. ¿La información que conoce sobre el programa de planificación dónde la obtuvo?

1. En el Centro de Salud \_\_\_\_\_
2. Medio de comunicación (TV, Radio, Periódico) \_\_\_\_\_
3. Por visita del promotor del Centro de Salud \_\_\_\_\_

Cont...

4. Por el esposo \_\_\_\_\_
5. Por familiares \_\_\_\_\_
6. Por vecinos \_\_\_\_\_
7. Otros: Especifique \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

---

---

---

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

DIVISION DE POSTGRADO

Instructivo de llenado y codificación para el instrumento a aplicar a usuarias activas y no activas del programa de planificación familiar, en Cadereyta Jiménez, N.L.

INDICACIONES GENERALES

La unidad de muestreo serán las mujeres, se aplicará el cuestionario para cada una en edad reproductiva, que se encuentre en el domicilio seleccionado en el momento de la visita.

I. IDENTIFICACION

1. Se dará numeración progresiva conforme se vayan realizando las entrevistas.
2. Fecha de aplicación, usar para el mes 01 al 12 (Mayo 05, día 9, año 1990).
3. Nombre de la entrevistada, colocar el nombre completo de la persona a la cual se le aplica el cuestionario.
4. Dirección, anotar la dirección completa y/o señales que ubique el domicilio seleccionado
5. Edad, anotar la edad en años cumplidos de la entrevistada y codifique por ejemplo 22 años.
6. Número de hijos vivos, anote el número de hijos vivos que tiene la entrevistada, codifique del 01 al 9, según convenga.
7. Número de hijos muertos, anote el número de hijos muertos a término (no incluye aborto).
8. Número de abortos, anote el número de abortos que ha tenido la entrevistada (interrupción del embarazo antes de los cuatro meses de gestación).
9. Está embarazada. Marque con una cruz, según corresponda y codifique 0=No, 1=Si.
10. Si no está embarazada, se encuentra en planificación familiar? Marque con una cruz y codifique 0=No; 1=Si.
11. Planea tener más hijos. Marque con una cruz y codifique 0=No, 1=Si.
12. Si planifica ¿con quién?. Anotar la respuesta y codifique.
  1. Centro de Salud, anotar el nombre del Centro.
  2. Instituto del Seguro Social; anotar el número de la Clínica.
  3. Médico Particular
  4. Por su cuenta
  5. Otros, especifique \_\_\_\_\_

## II. ASISTENCIA DE MUJERES A LA CONSULTA

13. Asiste usted a la consulta con la periodicidad estipulada? Anote la respuesta y codifique; 0=No, 1=Si. (Mujeres en Planificación).

14. Si la respuesta es no, ¿porqué? Deje que se exprese libremente y anote textualmente la respuesta y codifique.

1. Desconoce que haya consulta de planificación familiar.
2. Carecía el centro de Salud del método que debía usar.
3. Hay escasa privacidad para hablar con el personal del servicio.
4. La atendieron mal en el servicio.
5. La adaptación al método es insatisfactorio.
6. Negativa del esposo a que use un método.
7. Decidió dejar de planificar.
8. Otros= especifique \_\_\_\_\_

## III. CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.

15. ¿Conoce usted cómo se produce el embarazo? Describa lo que la persona exprese y codifique.

1. Le han informado de cómo funcionan los órganos sexuales femeninos.
2. Antes de unirse a un hombre tenía información de cómo se produce el embarazo?.
3. Conoce en que días del mes puede quedar embarazada?.
4. No sabe cómo se produce el embarazo.

16. ¿Conoce usted la importancia del espaciamiento entre los embarazos? Haga la pregunta y permita que la entrevistada se exprese libremente; anote la respuesta, y codifique.

1. Hay menor peligro que para la salud de la madre y del hijo conllevan los intervalos cortos entre nacimientos.
2. Atender mejor a las necesidades de cada uno de sus hijos.
3. Disponer de tiempo para atender a su esposo.
4. Mayores posibilidades de recreación.

17. ¿Sabe usted cuándo se planifica la familia? Deje que se exprese libremente, anote la respuesta y codifique.

1. Cuando una pareja es muy joven, no está preparada para satisfacer las necesidades de sus hijos.
2. Cuando una mujer es muy joven, su cuerpo no está fuerte, ni acondicionado para tener hijos.
3. Al embarazarse otra vez pone en pelibro su vida y la de su hijo.

4. Ha tenido muchos hijos, está cansada, enferma, y un hijo más pondría en peligro su vida.
5. No desea tener más hijos.
6. Acaba de nacer un hijo y necesita dedicarle toda su atención.
7. Cuando la pareja planifica su familiar y decide contar con mayor posibilidad de ajuste de ingresos a las necesidades de los miembros de la familia.

18. ¿Conoce usted métodos para evitar embarazos? Anote la respuesta y codifique.

1. Pastillas
2. Inyecciones
3. Diapositivo Intrauterino DIU
4. Espumas
5. Ovulos
6. Preservativos
7. Salpingoclasia
8. Vasectomia
9. Ninguno
10. Otros= especifique

19. ¿Sabe usted las ventajas y desventajas del método que está usando?

Haga la pregunta y anote textualmente la respuesta, y codifique de acuerdo a:

.Ventaja de las Pastillas

1. Son efectivas, no intervienen en las relaciones sexuales.
2. Regularizan el ciclo menstrual.
3. Disminuyen la tensión premenstrual.

.Desventajas de las Pastillas

1. Disminuyen la producción de leche.
2. Producen retención de líquidos.
3. Aumento de peso.

.Ventajas de las Inyecciones

1. No se requiere la administración de dosis diaria.
2. Es una alternativa para las mujeres que no toleran las pastillas o el diapositivo intrauterino.
3. No interfiere en las relaciones sexuales.

.Desventajas de las Inyecciones

1. La mujer que desea embarazarse en el futuro necesita usar otro método.
2. Sepresentan irregularidades menstruales, el sangrado es mayor.
3. Retención de líquido y aumento de peso.

#### .Ventajas del Diapositivo Intrauterino

1. Después de colocado requiere poca atención
2. No interrumpe las relaciones sexuales.
3. No requiere de ingerir o inyectar hormonas.
4. Es una buena alternativa para las que no pueden tomar pastillas.

#### .Desventajas del Diapositivo Intrauterino

1. Mayor sangrado menstrual.
2. Expulsión espontánea.
3. Puede provocar infecciones (hay presencia de fiebre).

#### .Ventajas de Espermicidas (cremas, jaleas espumas, supositorios u óvulos).

1. Es un método de fácil acceso que no requiere preparación o examen previo.
2. Puede usarse cuando las relaciones sexuales son espaciadas.
3. No requiere de ingestión de sustancias hormonales.

#### .Desventajas de los Espermicidas.

1. No es recomendable para parejas con poca motivación (Su uso requiere de acción durante el coito).
2. No se recomienda usarse por sí solo.
3. En algunos casos puede causar alergia, y hay que cambiar de método.

#### .Ventajas del preservativo.

1. Los condones son baratos y de fácil obtención
2. No requiere de receta médica.
3. Es el único método anticonceptivo que protege contra las enfermedades venéreas.
4. Es el único método masculino temporal.

#### .Desventajas del Preservativo.

1. No es recomendable para las parejas en las que el hombre carece de motivación para usarlo correctamente durante la relación sexual.
2. Algunas personas son alérgicas al hule.
3. En algunos casos el hombre se queja de pérdida de sensibilidad.

#### .Ventajas de los Métodos Permanentes: Quierúrgicos, Salpingoclasia y Vasecomia.

1. Ofrecen la mejor alternativa de planificación para las personas que han decidido que no desean tener más hijos.
2. Es un método efectivo.
3. A la larga resulta ser más saludable y barato.

.Desventajas de los Métodos Permanentes

1. La persona debe comprender que está renunciando de una manera permanente a su fertilidad.
2. La posibilidad de fallas o efectividad. Todo método tiene su margen de error.
3. Cualquier cirugía posee riesgos, sea por la anestesia, hemorragia, infección o daño a otros organismos. u órganos.

20. ¿La información que conoce sobre el programa de Planificación Familiar de dónde la obtuvo? Deje que se exprese libremente, anote la respuesta, y codifique.

1. En el Centro de Salud.
2. Medios de Comunicación (TV, Radio, Periódicos).
3. Por visita del promotor del Centro de Salud.
4. Por el esposo.
5. Por familiares.
6. Por vecinos.
7. Otros= Especifique.

Observaciones.-



CUADROS 6, 7 y 8  
GRAFICAS 6, 7 y 8

NOTA: LAS GRAFICAS NO ESTAN  
INCLUIDAS 4 JUL. 1990

4 III 1990

BIBLIOTECA DE POST-GRADO  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
U. A. N. L.



