ESTUDIO PSICOSOCIAL DE LA REGULACION DE LA NATALIDAD EN 100 FAMILIAS DE LA CLASE MEDIA*

SERVICIO MEDICO DE LA CAJA BANCARIA DE PENSIONES, SANTIAGO DE CHILE.

Dr. Carlos Thonet I.¹

Dr. M. Dolores Rodas P.²

Trinidad Rodas S.³

El concepto moderno de la medicina se refiere, cada vez más, al hombre dentro de su ambiente y en su personalidad integral, psicofísica.

Otro hecho característico de esta época es la preocupación universal por la explosión demográfica.

Resulta, pues, obvio que para la mujer no puede ser indiferente tener un hijo, tener seis o no tener ninguno. Está unánimemente reconocido el rol fundamental del psiquis en la conducta sexual humana (1, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 14, 20).

Sin embargo, es notable la escasez bibliográfica acerca de los aspectos psicológicos de la regulación de la natalidad (11, 16, 19, 21). En efecto, los autores que analizan las consecuencias orgánicas de las diversas técnicas (2, 12, 15, 17) insisten en el requisito "inocuidad", pero al hacerlo no aluden a la repercusión psíquica del hecho, en la pareja.

He empezado por señalar la importancia y universalidad del problema, que todos conocen. El presente trabajo, con solo 100 casos estudiados, resulta así muy pequeño, ya que pa-

ra sus fines haría falta varios miles de casos, investigados en ambientes diversos.

Sin embargo, es conocida también la pobreza de los recursos asistenciales en nuestros países latinoamericanos: no pueden destinarse médicos a la investigación pura, escasea el tiempo, los equipos, etc. de tal modo que los estudios, realizados a expensas de un descanso indispensable, no coinciden con las horas de contacto posible con el asistido (supuesto sano, en esta ocasión). Cuando dicha comunicación es imprescindible, el trabajo concienzudo se prolonga meses y años. Por otra parte, no podríamos esperar exactitud en nuestros resultados sin contar con la cooperación gustosa de la familia encuestada y de la persona que responde a los tests; dada la índole íntima de los datos so-

* Comunicación presentada al IV Simposio Colombiano de Psicoprofilaxis Obstétrica. Bogotá.

¹ Cátedra de Obstetricia del Profesor L. Tisné y Servicio de Medicina Psicosomática y Psiquiatría Social del Hospital del Salvador.

² Psicólogo, Universidad Católica de Chile.

³ Asistente Social, Universidad Católica de Chile.

licitados, no fue siempre fácil obtener esa colaboración.

Dijo Rudyard Kipling: "Si para realizar nuestros proyectos esperamos que todas las circunstancias sean propicias, corremos el riesgo de no realizarlos jamás". Aceptemos, pues, la modestia de nuestras posibilidades y pensemos que unidas todas ellas puedan aportar en suma un conocimiento verdaderamente útil.

Material y Método

Esta investigación se ha realizado entre cien familias, cuyo jefe de hogar es empleado de algún Banco de la capital. Así, todas las asistidas eran antiguas clientes del Servicio Médico de la Caja Bancaria de Pensiones y sus antecedentes mórbidos, ginecológicos y obstétricos eran ya conocidos.

El método utilizado para la regulación de la natalidad fue exclusivamente el de los anticonceptivos orales.

El médico tratante dedicó entrevistas especiales para el estudio de la personalidad de la paciente; se le explicó la trascendencia de la planificación familiar, con todas sus implicaciones y se la envió a una Asistente Social, con adecuada experiencia psicológica, para aclarar cualquier duda subsistente.

Esta oportunidad de informarse exhaustivamente de todos los aspectos morales y médicos, generales y particulares, acerca de la regulación de la natalidad logró establecer una plena confianza de la persona, así tranquilizada, en la Asistente Social. De esta manera se facilitó una encuesta familiar ampliamente veraz.

El examen psicológico estuvo a cargo de una Psicóloga debidamente orientada sobre los fines y modalidad de la investigación emprendida. Se practicó un Test de Zullinger y un Test SSCT de 63 preguntas, entre las cuales se incluyeron algunas muy pertinentes al tema en estudio.

Sería interesantísimo tener una casuística de millares, con un conocimiento psico-social completo **previo** a la iniciación de un tratamiento con gestágenos y repetir el estudio, con las mismas asistidas, 5 o 6 años después, para establecer comparaciones útiles. Naturalmente, nosotros no teníamos ahora ninguna posibilidad de una investigación semejante. Este trabajo observa comparativamente la salud psíquica actual de mujeres en plan de regulación de natalidad desde 3 semanas a 3 años.

No obstante la sencillez de nuestro propósito inicial, hemos sido llevados muy lejos, al descubrir las características psicológicas del grupo estudiado.

Hemos sido cautelosos al calificar nuestros casos. Así, no se ha dado un valor absoluto al diagnóstico que fluye matemáticamente de los tests psicológicos, sino que se lo ha valorado en relación al medio económico-social, cultura, condiciones familiares, problemas especiales, etc. (el "yo y mi circunstancia", de que habla Ortega y Gasset). La confrontación del diagnóstico psicológico así obtenido, con el conocimiento clínico de la enferma, permite al médico una calificación bastante aproximada de la personalidad de la enferma.

CUADRO Nº 1-A

CARACTERISTICAS SOCIALES DEL GRUPO ENCUESTADO

Edad		Escolaridad	
18 a 24 años,	30 Casos	Solo instrucción primaria	27 Casos
25 a 30 años	45 "	Primer Ciclo Instrucción Secundaria	17 "
31 a 36 años	16 "	Segundo Ciclo Instrucción Secundaria	37 "
37 y más	9 "	Instrucción Comercial o Técnica	18 "
		Instrucción Universitaria	1 "
	100 "		100 "
Trabajo		Número de Hijos	
Labores domésticas	81 Casos	Ninguno	1 Caso
Obreras	8 "	Uno	21 "
Oficinistas	8 "	Dos	27 "
Profesionales	3 "	Tres	15 "
		Cuatro	11 "
	100 "	Cinco	7 "
		Seis o más	16 "
			100 "

CUADRO Nº 1-B

CONDICIONES ECONOMICAS

		Habitación	
Entradas suficientes	45 Casos	Adecuada	63 Casos
Situación muy ajustada	26 "	Estrecha	23 "
Entradas insuficientes	29 "	Inadecuada	14 "
	100 "		100 "
Familiares allegados:	23 Casos	Vivienda no independiente:	18 Casos
Hay empleada doméstica (criada):	14 "		

Comentarios al Cuadro Nº 1-B

En 16 de los 45 casos de entradas suficientes, éstas provenían de horas extraordinarias de trabajo del marido u otra fuente de renta, aparte de los sueldos. Dentro de esos 45 casos, una relativa holgura se debía, además, al hecho de que once señoras trabajaban fuera de casa. En cuanto a las 8 obreras, a pesar de su trabajo personal, tenían situación económica insuficiente por tratarse de esposas de jóvenes empleados subalternos, recién incorporados a la Caja.

Podrá sorprender que un 55% de los casos se hayan considerado como de situación muy ajustada o insuficiente, cuando en realidad un empleado bancario percibe uno, dos y hasta tres sueldos vitales, asignaciones familiares y gratificaciones de 3 a 9 o más meses de sueldo. (No se estudió a familias de funcionarios, los cuales ganan mucho más). Aparte del hecho obvio de que el bienestar económico está relacionado con el número de personas que viven a expensas del jefe de hogar o reciben su ayuda, hay que mencionar que el costo de la

vida es extremadamente alto en nuestro país. Siendo el promedio de standard económico muy bajo, en comparación con el de EE. UU. o Europa, el llamado "sueldo vital" es también muy bajo. La prueba de ello es que habiendo 19 mujeres que trabajan fuera de casa, en nuestros cien casos, solamente 14 disponen de una ayudante pagada para los quehaceres domésticos. Mencionamos este hecho porque el stress de la esposa que de-

be cuidar niños pequeños, limpiar y ordenar, hacer compras y cocinar, lavar, planchar, coser, etc. puede explicar gran parte de los trastornos psicológicos aparecidos.

Hemos sido más bien benévolos al calificar las viviendas, considerando el déficit habitacional mundial. Por otra parte, el empleado bancario vive con decoro.

CUADRO N° 1-C
ANTECEDENTES DEL CASO

Abortos provocados:		Técnicas de regulación anteriormente utilizadas:	
Uno	14 Casos	Sistema Ogino	6 Casos (06%)
Dos	5 "	Anillo intrauterino	4 " (04%)
Tres y más	7 "		
	26 "		
Tiempo de uso de anticonceptivos orales:			
Menos de 6 meses	26 Casos		
6 a 12 meses	24 "		
13 a 24 meses	25 "		
25 y más (hasta 36)	27 "		
	100 "		

Comentarios al Cuadro 1-C

Es posible que el antecedente de aborto provocado haya sido ocultado algunas veces, ya que la experiencia clínica muestra una incidencia mayor y así lo establece también la estadística nacional. Sin embargo, el falseamiento eventual de este dato en alguna ocasión no creemos que modifique apreciablemente la cifra obtenida en esta encuesta, ya que un tercio de ellas se refieren a matrimonios de poco tiempo y el primer hijo es siempre bienvenido.

Los cien casos corresponden a personas que solicitaron, por propia iniciativa, un sistema cualquiera para limitar la familia a postergar su aumento.

Se prescribió exclusivamente progestágenos, utilizándose diversos productos comerciales, de modo que nuestros resultados se atribuyen al efecto de los noresteroides en general, sin precisar ningún específico determinado.

CUADRO Nº 2

CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DEL GRUPO ENCUESTADO

Infancia	
Feliz	48 Casos
Regular	18 "
Desgraciada	35 "
	100 "
Procedencia	
Hija única	6 Casos
Familia de 2 o 3 hermanos	27 "
Familia de 4 o 5 hermanos	36 "
Familia de 6 o más hermanos	31 "
	100 "
Carácter	
Bueno	56 Casos
Regular	19 "
Irritable	18 "
Retraído	7 "
	100 "
Mala visión del padre	48 %
Mala visión de la madre	16 %
Armonía Conyugal	
Buena	80 Casos
Regular	17 "
Mala	3 "
	100 "
Personalidad	
Inmadurez	44 %
Tipo obsesivo	2 %
Rasgos neuróticos :	
Frigidez	42 %
Angustia insuficientemente controlada	27 %
Angustia no controlada	10 %
Rasgos depresivos	29 %
Rasgos histéricos	18 %
Alto neuroticismo	3 %
Rasgos paranoicos	1 %
Diagnósticos del Psicólogo, (por confirmar por el Psiquiatra):	
Histeria	1 Caso
Neurosis de carácter	3 "
Neurosis de angustia	1 "
Histeria y neurosis de carácter	1 "

Comentarios al Cuadro Nº 2

El último caso mencionado tenía además una personalidad de tipo obsesivo. Manifestó verdadero terror ante la idea de un nuevo embarazo, hasta el extremo de declararse dispuesta a "cualquier cosa" antes que otro niño. No supo expresar ningún motivo razonable para ello, pudiendo haber mencionado sus dos hijos, muy seguidos y su situación económica muy ajustada. Sus partos habían sido normales y su armonía conyugal era satisfactoria.

En realidad, había padecido de enuresis nocturna durante su infancia y juventud. Su padre —muy bueno con ella, en otros aspectos— era hombre rígido; militar retirado, carente de la menor psicología. La castigó por ello, brutalmente, casi todas las mañanas, hasta el día del matrimonio de la joven.

Enviada ahora por nosotros donde un Especialista, no concurrió, al considerar que había sanado de su mal anterior. De aquí la importancia de que el médico general practique la psicoterapia, cuya necesidad suele revelarse impensadamente.

En la clasificación de los caracteres y en el grado de armonía conyugal interviene mucho la apreciación de la interesada, de modo que es imposible asegurar la completa exactitud.

La procedencia de familia numerosa y el recuerdo de pobreza no guardó relación ninguna con la declaración de infancia feliz o desgraciada. En estos últimos casos, siempre se encontró desaveniencias graves entre los padres, vicios, abandono o ausencia paterna.

El impacto de una infancia desgraciada (35%) puede estar presente en

la decisión de limitar la familia. El confirmar o no esta hipótesis requeriría un mayor estudio.

En la mujer, la imagen masculina se constituye con elementos aportados por la figura del padre y el concepto así formado desempeña un papel relevante en su juicio general acerca de los hombres, su ideal de varón y la elección de marido. Por esto, se afirma que una mala visión paterna condiciona una mala armonía conyugal.

No se observa este paralelismo en el presente estudio, lo que puede deberse en parte a falseamiento ocasional del dato sobre armonía y en parte a criterio incompleto del concepto de armonía integral, pudiendo entenderse por tal una simple ausencia de discusiones. Tenemos hoy menor vida hogareña que hace 30 años; lo más frecuente es que la pareja habite muy lejos del centro comercial; el marido parte a primera hora hacia su oficina y no vuelve hasta la noche. Escasea el tiempo para convivir y establecer una intimidad espiritual, pero no hay tampoco constantes ocasiones de manifestar discrepancias. Otra explicación podría ser la divergencia de intereses paterno filiales: el padre quiere sumisión, economías, estudio; la hija, cariño, satisfacción de caprichos, cierta independencia o libertad. Los intereses de una pareja

en cambio suelen ser comunes: los hijos y el cariño, cierto bienestar etc. Evidentemente que si hubiéramos encontrado el dato de mala armonía conyugal, habríamos pensado que era un factor más en las motivaciones de regulación de natalidad.

Muchas de las asistidas presentaban más de un rasgo neurótico y la frigidez apareció en el 42% de nuestros casos. Volveremos sobre este hecho, más adelante. Ya hemos analizado cuán subjetivo nos parece el dato sobre ésta y la frigidez.

La abundancia de rasgos neuróticos y la alta incidencia de personalidad inmadura (44%) impiden a estas personas afrontar mayores probabilidades de maternidad y esto puede explicar por qué el 49% de estas familias buscan una limitación teniendo solo uno o dos hijos.

CUADRO N° 3

MOTIVOS PARA LA REGULACION DE LA NATALIDAD	
Económico-sociales	66 y/o
Médicos	20 "
Psicológicos	8 "
Propia determinación	25 "
Temor consciente a la maternidad (según encuesta social)	15
o temor a la maternidad (según tests psicológicos)	31
Es decir que 16 de los últimos serían inconscientes.	

CUADRO N° 4

RELACION ENTRE TIEMPO DE REGULACION Y ESTADO PSIQUICO

Tiempo	Angustia sin control o insuficientemente controlada	Frigidez
24 Casos Hasta 6 meses	6%	13%
24 " 6 a 12 meses	9%	9%
25 " 1 a 2 años	7%	11%
27 " 2 a 3 años	12%	9%
(incluido algunas, algo más)		

Como puede apreciarse, buen número de enfermas exhibía dos motivos y más de alguna, tres de ellos.

Tratándose de grupos más o menos homogéneos de casos, las pequeñas diferencias observadas en el estado psíquico de cada grupo no son estadísticamente significativas y no establecen relación alguna entre el uso de progestágenos e incidencia de neurosis, encontrándose ésta casi lo mismo entre mujeres que llevan un año de tratamiento que entre las que llevan 3 años practicándolo.

Es indudable que la falta de buen control de la angustia contribuye a la frigidez. Parece haber una leve relación inversa entre esta última y el tiempo de regulación; de existir demostrativamente, en una estadística mayor, podría atribuirse a la pérdida paulatina del temor al embarazo.

II - Análisis y conclusiones

Nuestros cien casos han encontrado en los anticonceptivos orales un medio eficaz para la planificación familiar.

En cuanto a efectos secundarios, solo se registró aumento de peso, en el 65% de las asistidas, la mayor parte de las cuales declararon poder controlarlo en lo sucesivo, mediante régimen alimenticio adecuado.

Otras molestias físicas subjetivas, difíciles de catalogar, desaparecieron con la práctica psicoterápica de desvanecer los temores diversos de estas mujeres, en relación con la práctica de la regulación y cambiar el medicamento por otro producto similar, de distinta marca.

Se confirma una vez más la importancia predominante de las condiciones económicas (66%) en la planificación de la familia. Un niño más,

puede tornar insuficiente una situación muy ajustada, hacer imposible el trabajo materno fuera del hogar o volver estrecha una vivienda, hasta entonces adecuada. Estos hechos obvios, no necesitan comentario.

La experiencia nos enseña que la decisión de evitar los hijos obedece con frecuencia a factores psíquicos, a menudo inconscientes, que actúan en la madre, el padre, o en ambos.

La presente investigación descubre una cantidad de problemas psicológicos mucho mayor de la que podía preverse en un grupo de mujeres, supuestas sanas.

Entre las motivaciones determinantes de la regulación, estas causas, no bien claras, las hemos agrupado en el rubro "propia iniciativa". Si a él agregamos los "motivos psicológicos" declarados tales, y el "temor a la maternidad", tendremos un 64% de motivaciones psíquicas para limitar el número de hijos.

Si existe "temor a la maternidad" (31%), paralelamente hay miedo de que el método de regulación fracase. Es bien sabido que los diferentes procedimientos anticonceptivos tienen una proporción variable de fracasos. Solo los progestágenos pueden exhibir hoy día el 0,2% de falla, en estadísticas de miles de casos (Pincus). Desconociendo este hecho, es natural que la mujer que comienza a usar los noresteroides se sienta insegura y solo después de largos meses llega a convencerse de que el sistema es realmente efectivo.

Sabiendo que se trata de un medicamento hormonal, la paciente puede temer la acción virilizante propia de algunos productos endocrinos o tener miedo a adquirir predisposición al cáncer. Muchas mujeres piensan que la droga provoca o acentúa la

frigidez y por último algunas temen a posibles consecuencias sobre embarazos futuros o repercusiones perjudiciales en la menopausia.

Estos temores o la ansiedad consiguiente y no la acción química de los noresteroides son, a nuestro juicio, la causa de algunos efectos observados sobre el sistema nervioso y así lo han establecido los estudios de Zell y Crisp (21). La prueba es que cuando hemos utilizado estos medicamentos para indicaciones estrictamente ginecológicas, en las que para nada intervenía el factor fecundidad, v.gr.: dismenorrea, ciclos menstruales irregulares, endometriosis, etc., jamás observamos a ninguna repercusión sobre el sistema nervioso.

En cuanto a la frigidez, estamos ciertos de que muchas mujeres se atreven a mencionar la que padecían siempre o desde mucho tiempo antes, cuando hallan el pretexto de atribuirla a los gestágenos. Así la práctica clínica nos ha llevado al convencimiento de que la irritabilidad, la inestabilidad emocional y la frigidez, que suelen atribuirse al uso de anticonceptivos orales, no se deben a la acción farmacológica de la droga, sino a las circunstancias psicológicas que motivaron su empleo.

El reconocer clínicamente una personalidad inmadura, cierto grado de neuroticismo o una auténtica neurosis, impone asociar el tratamiento adecuado a la indicación del anticonceptivo. Del modo como se prescriba y explique la acción de estas drogas, dependerá el que no aumenten los temores a que nos hemos referido, ni vayan a surgir otros nuevos.

Resulta evidente que para prescribir una técnica de regulación de los nacimientos, además de saber que sea físicamente inocua, eficaz y acep-

table por la pareja conyugal, es preciso tener algún conocimiento de su ambiente psico-social y de la personalidad de quienes utilizarán el procedimiento indicado.

Proyecciones

Esta investigación preliminar aporta nuevas comprobaciones de una impresión clínica generalizada acerca de la eficacia e inocuidad de los progestágenos. Paralelamente, el descubrir una alta incidencia de problemas psicológicos en mujeres, supuestas sanas, nos impone ciertas normas de conducta, ya enunciadas en nuestras conclusiones.

Al establecer un plan de regulación de la natalidad, siendo las motivaciones algo muy subjetivo, nos hemos abstenido de considerar la mayor o menor justificación racional del hecho. En aquellos casos en que la solicitante ostentaba armonía conyugal, vivienda independiente, medios económicos suficientes con expectativas de mejoría y tenía solo un hijo, declaraba que la medida era transitoria.

Cabe preguntarse, la resolución provisoria ¿tenderá con el tiempo a ser definitiva?

En nuestros cien casos, solo seis madres habían sido hijas únicas, pero llega a 22 el número de las que establecen una limitación de su familia después del primer niño.

Dejemos a los pedagogos el tema de la educación del "hijo único" y a los economistas el problema futuro del envejecimiento de la población y disminución del personal "activo".

Respecto de la salud ¿continuará siendo inofensivo física y psíquicamente el empleo del anovulatorio después de 6 o 12 años?

Las dificultades y complejidad de la vida moderna hacen inconveniente la existencia de aquellas familias de doce hijos, como antaño. Las exigencias actuales no permiten a los padres —cualesquiera que sean sus recursos— dedicar a tantos niños el interés personal que necesitan. Pero, antes de caer en el extremo opuesto, habrá de pensarse si en la familia que pone por encima de todo el confort y la búsqueda de diversiones no terminará la madre por perder su noble abnegación. ¿Trabjará con el mismo interés el padre que carece del desafío estimulante de unos niños que lo necesitan?

¿No habrá mucho riesgo de “frustraciones paternas” cuando el hijo único no encaja en su molde o aspiraciones?

¿Afectará todo esto la armonía conyugal,

El médico, que desempeña tan importante papel en la planificación familiar, debe sentir la responsabilidad de contribuir a que el progreso de su país, en desarrollo, no se limite a obtener para todos el máximo de bienestar material, sino que constituya una civilización cuidadosa del equilibrio psíquico y los valores espirituales de sus miembros.

BIBLIOGRAFIA

- 1 ALEXANDER, F. La médecine psychosomatique. Payot, Paris, 1962.
- 2 AVENDAÑO, O. El control de la natalidad. Bol. Asoc. Chilena de Protección de la Familia. Vol. II, Nº 3, Pág. 3, 1966.
- 3 DEUTSCH, H. La psychologie des femmes. Presses Universitaires de France. París, 1964.
- 4 GEISENDORF, W. ¿Convient-il d'intégrer la notion de maîtrise sexuelle dans les cours de psychoprophylaxie obstétricale? Bulletin Officiel de la Société Internationale de Psychoprophylaxie Obstétricale. VII: 125, 1965.
- 5 JORES, A. El individuo enfermo. Scientia, Barcelona, 1961.
- 6 KLEIN, V. El carácter femenino. Paidós, Buenos Aires, 1961.
- 7 LEPP, I. Psicoanálisis del amor. Lohlé, Buenos Aires, 1960.
- 8 LEVINE, M. Psicoterapia en la práctica médica. Ateneo, Buenos Aires, 1951.
- 9 MICHEL-WOLFROMM, H. Psychologie et contraception. 2e. Congrès International de Médecine Psychosomatique en Obstétrique et Gynécologie, p. 339; Viena, 1965.
- 10 MICHEL-WOLFROMM, H. Gynécologie Psychosomatique. Masson, Paris, 1964.
- 11 MILOSEVIC, B. y PRICA, R. Influence des facteurs sociologiques et psychologiques sur la maternité. 1er. Congrès de Médecine Psychosomatique et Maternité, p. 55; Paris, 1962.
- 12 McGOWAN, L. Venous thrombophlebitis associated with the use of norethynodrel. Report of 4 cases. American Jour. of Obstr. and Gynec. 86: 923, 1963.
- 13 MITCHELL, G. W. What's new in Gynecology and Obstetrics. Surgery, Gynec. and Obstr. 120: 274, 1965.
- 14 NOYES, P. A. y KOLB, L. Psiquiatría clínica moderna. Prensa Médica Mexicana. Méjico, 1965.
- 15 OLIVARES, D. Demografía, control de la natalidad y factores de responsabilidad médica. Sinopsis Obstétrica Ginecológica. XII. 113, 1965.
- 16 SIMON, P. Accouchement psychoprophylactique et contraception: sources et facteurs de liberté. Bulletin Officiel de la Société Internationale de Psychoprophylaxie Obstétricale. VII: 125, 1965.
- 17 STERENTAL, A. Simposium sobre anticonceptivos orales. Mecanismo de acción. Rev. del Viernes Médico (Lima) 15: 233, 1964.
- 18 THONET, C. Sobre una filosofía y técnica de la regulación de los nacimientos. Rev. Chilena Obstr. y Ginec. XXIX: 199, 1964.
- 19 WEIL-HALLE, L. y WINAVER, D. Planning familial et acceptation de la grossesse. 1er. Congrès International de Médecine Psychosomatique et Maternité, p. 491, Paris, 1962.
- 20 WENGRAF, F. Abordaje psicosomático en Obstetricia y Ginecología. La Fragua, Buenos Aires, 1956.
- 21 ZELL, J. R. y CRISP, W. E. A psychiatric evaluation of the use of oral contraceptives. A study of 250 private patients. Obstr. and Gynecology, 23: 657, 1964.