



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO ⁶⁵ 29

FACULTAD DE MEDICINA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
 HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 I. S. S. T. E.

" INFLUENCIA DEL MEDIO SOCIOECONOMICO
 EN LA ACEPTACION DE LA PLANIFICACION
 FAMILIAR ".

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN:

LA ESPECIALIDAD DE
 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. EDUARDO HERNANDEZ COVARRUBIAS

ASESOR DE TESIS: DR. CARLOS VARGAS GARCIA
 DIRECTOR DE TESIS: DR. JOEL CERON SEGOVIA



ISSSTE

México, D. F.

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

1986-1989.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

C O N T E N I D O

INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION.	8
OBJETIVOS	9
MATERIAL Y METODOS	10
RESULTADOS	13
ANALISIS Y COMENTARIOS	27
CONCLUSIONES	31
RESUMEN	33
BIBLIOGRAFIA	34

I N T R O D U C C I O N

La planificación familiar ha sido contemplada como una estrategia a partir del crecimiento desmedido de la población, en relación a la producción de satisfactores.

En forma relativamente reciente, la política de - nuestro País aún era en pro de la natalidad; así, en 1947, se promulgó la Ley General de Población, que indicaba que: - "el aumento de la población debe procurarse: I. por el aumento natural y II. por la inmigración" y que para ello "se dictarán o promoverán las medidas adecuadas al fomento de los - matrimonios y el aumento de la natalidad"(8)

Estas medidas fueron expresadas en base al descenso de la población al término de la Revolución Mexicana, sin embargo, el resultado fué tan desmedido, que el crecimiento dió muestras de preocupación, teniendo que cambiar la política inicial, expresado posteriormente en el artículo 4o. - - Constitucional que indica que "toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos" (2,8)

Asimismo, se vió reflejado desde 1973 en el Código Sanitario, en que se derogó la prohibición de la venta y propaganda de los anticonceptivos; de igual forma, en la nueva Ley General de Población que expresó la necesidad de reali--zar programas de planificación familiar. (2,8)

Como puede observarse, la planificación familiar en México es reciente; inicialmente, éstos servicios fueron proporcionados por el sector privado.

Fue desde 1965 cuando se constituyó la Fundación para estudios de la Población, mediante la cual se empezó a ofrecer servicios anticonceptivos en áreas urbanas margi-nadas y en forma más escasa, en las áreas rurales (8)

De manera institucional, se inicia la prestación de servicios en 1972, pero aún limitada, lográndose la ex-tensión a la mayoría de instituciones hasta 1976. (2)

Para 1977, se elabora un plan con objetivos, es-trategias, metas demográficas y de salud para el Sector Pú-blico, creándose la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar del Sector Salud (8).

Actualmente, se encuentra incluida en los objeti-vos y estrategias del Sector Salud para el año 2000. Este subprograma comprende una serie de actividades encaminadas a regular la fertilidad, valiéndose de los medios de comu-nicación, a través de los cuales ofrece a la población in-formación y orientación; en segundo lugar, proporciona con-sulta médica para una adecuada selección de métodos anti-ceptivos para la regulación de la fertilidad. (2,8,15)

El programa está observado como una prioridad, - en base al conocimiento de la situación de salud de la po-blación, lo cual determina su importancia y sus alternati-vas de solución mediante programas idóneos que permiten sa-tisfacer sus demandas (15)

La planificación familiar tiene como objetivos - fundamentales el mejoramiento de la salud materno-infantil prevenir y disminuir la incidencia del aborto, proporcio-nar información y servicios que permitan a la pareja - - -

decidir sobre el tamaño y características de sus familias, contribuyendo de ésta manera a la disminución del número - de embarazos. (15,19)

Para obtener el máximo de logros en los objeti--vos, es necesario ampliar las coberturas hacia las áreas - marginadas; para ésto ha sido importante el realizar en--cuestas, estudios biomédicos, utilizar mas intensivamente los recursos de salud, fomentar la producción y uso de mé--todos anticonceptivos. (8)

Este tipo de investigación es indispensable para el adecuado funcionamiento de los programas de planifica--ción familiar. A pesar de los inconvenientes que representa, como son el costo de los estudios, la información obte--nida permite preveer o corregir fallas operacionales en -- forma oportuna, cuyo costo superará al de los estudios. -- (1,3,5)

En la evaluación de los programas de planifica--ción familiar, es necesario realizar las encuestas a inter--valos regulares para determinar el número real de usuarias institucion que proporciona los servicios, la continuidad en la práctica anticonceptiva. (12)

Uno de los puntos que ha llamado la atención en el seguimiento de los programas de planificación familiar, son la investigación de las causas que influyen en la acep--tación de los métodos anticonceptivos, y de éstos, el ni--vel socioeconómico ha cobrado importancia. (1,2,5,7,9)

En estudios previos, se ha observado que es necesa--rio incrementar la educación e información por los me--dios masivos, a fin de lograr la aceptación e ingreso al - programa de mujeres más jóvenes, con menos hijos, y de las

Otro de los factores que influyen en la aceptación de la planificación familiar, es el estado civil, habiéndose encontrado que la mayor parte de las usuarias -- son casadas y de unión libre, que constituyen el grupo en el cual existen mayor número de embarazos. (8)

La religión es un parámetro poco confiable en este rubro, ya que en la mayoría de pacientes de nuestro país, la religión predominante es la católica y esto únicamente refleja el patrón nacional (8).

El nivel de educación ha denotado que el programa de planificación familiar todavía no alcanza a la población menos favorecida en proporción a su peso en la población urbana nacional, teniendo la misma influencia sobre los ingresos económicos. (12,13,16)

La finalidad de los objetivos, contempla a la familia como núcleo de la sociedad.

La familia es un grupo de personas íntimamente relacionadas entre sí, con una organización interna, compuesta por los cónyuges e hijos, padres y hermanos, tíos abuelos, primos, cuñados, parientes políticos, etc. (8)

La Organización Mundial de la Salud define a la familia como "el conjunto de miembros del hogar que están emparentados entre sí, hasta cierto grado, por sangre, -- por adopción o matrimonio". (9,19)

Sin embargo, el significado social de la familia debe entenderse como una Institución, representado como un conjunto de normas y vínculos definidos culturalmente y destinados a cumplir ciertas funciones (9,19)

Desde la antigüedad, la familia ha representado el núcleo social y económico permanente, compuesta por -- adultos y sus descendientes. La familia puede ser clasifi cada en diversos grupos de acuerdo a su organización.

De ésta manera, la familia compuesta por el padre, la madre e hijos solteros o no maduros, se conoce co mo familia conyugal, nuclear o elemental, teniendo las va riantes de un matrimonio sin hijos y un matrimonio con -- uno o más hijos. Este tipo de familia es transitorio y -- abarca dos generaciones, a medida que los padres mueren y los hijos se casan, la unidad se desintegra y se forman - nuevas unidades (10,19)

Cuando la familia se compone de una o más fami lias nucleares y parientes colaterales, como sería el ca- so de una familia que incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos, se conoce como una familia extensa o extendida. Este tipo de familia es más común en el medio rural y en las zonas urbanas marginadas. (5,10,12)-

En las familias de un solo padre, conocidas co mo tal, se constituye en los casos de que uno de los pa- dres abandona el hogar y el que se queda no se casa de - nuevo; o bien, el caso de una madre soltera que mantiene a su hijo, y también cuando hay un padre o madre y un hi- jo legalmente adoptado. Este tipo de familia está en au- mento a consecuencia de la crisis familiar. La familia de un solo padre tiene que enfrentarse a la sociedad en la - que prevalece una organización familiar de tipo nuclear. (10,21)

Las familias adoptivas se constituyen cuando hay un hijo adoptivo y ningún otro hijo; cuando hay uno adoptivo y algunos hijos propios, o bien, un hijo propio y varios adoptivos (10,21)

Las familias reconstituidas o mixtas, son frecuentemente productos de segundos matrimonios, en los que se incluyen hijos de cada pareja, con tres formas básicas: una mujer sin hijos que se casa con un hombre sin hijos; - una mujer sin hijos que se casa con un hombre con hijos; - ambos, mujer y hombre, tienen hijos de matrimonios anteriores. Este tipo de familia presenta situaciones difíciles, con tensión matrimonial (10,21)

Todos los problemas que presentan las familias atípicas pueden aparecer en las familias conyugales.

J U S T I F I C A C I O N

Considerando las finalidades del programa nacional de planificación familiar y sus estrategias, los resultados deben ser evaluados en sus diversos aspectos, para determinar sus avances y fallas.

El nivel socioeconómico es uno de los factores de mayor relevancia en cuanto a la aceptación y al alcance del programa; sin embargo, los niveles sociales, económicos y culturales difiere en una población en sus diferentes zonas y los parámetros para un lugar y otro deben cambiar en relación a la media de cada uno de ellos.

Por lo anterior, se hace notar, que es necesario establecer parámetros para la clasificación de los tres niveles socioeconómicos de nuestra población, ya que de utilizar se los convencionales, la mayoría de las pacientes son incluidas en un nivel bajo, y con éste dato, se agrupan ya dentro de un riesgo reproductivo.

Por otra parte, es conveniente hacer una correlación de la aceptación de métodos de planificación familiar y el nivel socioeconómico, determinar la causa de la negación al uso y con ésto implementar nuevas estrategias para una adecuada cobertura del programa.

Finalmente, con el estudio se observará la proporción de pacientes de riesgo elevado, que aún no se encuentran cubiertas por el programa.

O B J E T I V O S

GENERAL:

Establecer la influencia del nivel socioeconómico en la aceptación de la planificación familiar.

ESPECIFICOS:

- Evaluar las condiciones sociales, económicas y culturales de la población,
- Establecer estándares para la evaluación del nivel socioeconómico de la zona.
- Determinar las características anteriores en relación a la aceptación de los métodos anticonceptivos.
- En base a lo anterior, plantear alternativas de solución para la resolución del problema.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

El presente estudio se realizó en pacientes egresadas del servicio de ginecobstetricia del Hospital Regional - "General Ignacio Zaragoza", durante el lapso de junio a septiembre de 1988.

El universo de pacientes fué de 400, clasificadas en dos grupos, de acuerdo a la aceptación o no de métodos de planificación familiar.

Los grupos de pacientes fueron tomados al azar, -- que llenaron los siguientes requisitos de inclusión:

- Pacientes egresadas, en puerperio fisiológico o quirúrgico que aceptaron y se les aplicó el método de planificación familiar solicitado.
- Pacientes egresadas, en puerperio fisiológico o quirúrgico que no aceptaron métodos de planificación familiar.

Del primer grupo se excluyeron las pacientes que, habiendo aceptado método, no se les haya proporcionado antes de su egreso por cualquier causa.

La recolección de datos se realizó mediante cédulas evaluatorias, por interrogatorio directo en el domicilio de las pacientes y en el piso de hospitalización del servicio de ginecobstetricia del Hospital.

Se excluyeron del estudio aquellas pacientes que - al momento de la visita domiciliaria no se encontraron, así como las cédulas llenadas de manera incompleta o incorrecta.

En base a lo anterior, no hubo necesidad de eliminar pacientes ya incluidas en el estudio.

La cédula de recolección de datos incluyó datos - como son la ficha de identificación, diagnóstico de egreso, aceptación y tipo de método, antecedentes de gestas, partos abortos o cesáreas, factores de riesgo reproductivo.

En los aspectos socioculturales y económicos se - investigó: Número de integrantes de la familia, tipo de familia, ingresos familiares per cápita, vivienda, cohabitación de personas, servicios, características de la vivienda con respecto a la tenencia, higiene, alimentación, escolaridad.

En el rubro de tipo de familia, se incluyeron los tres tipos predominantes que son: nuclear, extensa y de un solo padre.

El riesgo reproductivo se catalogó como bajo, medio y alto en base a la guía para evaluación de riesgo reproductivo (previgen I).

La escolaridad fué dividida en cuatro grupos que son de : 0 años de escolaridad; 1 a 5; 6 a 12; 13 y más, de acuerdo a lo establecido en éste tipo de estudios.

Los servicios públicos interrogados fueron: agua, luz, drenaje y pavimento.

El tipo de vivienda se clasificó en propia, familiar, rentada y otro; en éste último punto se incluyeron viviendas prestadas que no influyeran en egresos económicos ni implicaran tenencia de la misma.

Tanto la higiene como la alimentación se clasificó como buena, regular y deficiente.

Las encuestas por visita domiciliaria fueron realizadas por pasantes de Licenciatura de Enfermería y Obstetricia. En hospitalización, el cuestionario fué llenado -- por el mismo personal y residentes de la especialidad de Ginec Obstetricia.

La información se clasificó y se presenta en cuadros comparativos en los grupos de aceptación y rechazo a los métodos de planificación familiar.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

a) Ficha de identificación:

Nombre: _____ Cédula _____ Edad _____

Ede. civil _____ Domicilio _____

Ocupación _____ Dx egreso: _____

Método de P.F. _____ Fecha aplic. _____ G: _____ C: _____ P: _____ A: _____

Factores de riesgo reproductivo _____

b) Aspectos socioculturales y económicos:

1) No. de integrantes de la familia _____

2) Tipo de familia: _____

3) Ingresos familiares (por cápita) _____

4) Vivienda: I. Número de habitaciones _____

II. Número de personas por habitación: _____

4.1 Servicios: Agua _____ Drenaje _____
Luz _____ Pavimento _____

4.2 Tipo de vivienda: Propia _____ Familiar _____
Rentada _____ Otro _____

5. → Higiene: Buena _____ Regular _____ Deficiente _____

6. - Alimentación: Buena _____ Regular _____ Deficiente _____

7) Escolaridad (años aprobados)

0 _____ 1 a 5 _____

6-12 _____ 13 y más _____

Comentarios de la entrevista: _____

Fecha: _____

I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA

1 9 8 8

Distribución del ingreso per cápita en las pacientes
estudiadas:

MEDIA \$ 138,620.00

DESVIACION ESTANDAR . . . \$ 81,320.00

Clasificación del ingreso per cápita:

Tipo I: igual o menor a \$ 57,280.00

Tipo II: de 57,290.00 a 219,940.00

Tipo III: igual o mayor a \$ 219,950.00

I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA

1 9 8 8

Correlación del riesgo reproductivo con la aceptación
y rechazo a los métodos anticonceptivos.

RIESGO REPROD.	ACEPTA		NO ACEPTA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
BAJO	120	48%	130	52	250	100%
MEDIO	43	51.29	41	48.8	84	100%
ALTO	37	56.0	29	44.0	66	100%

I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOBSTERICIA

1 9 8 8

Correlación de la edad de las pacientes estudiadas con
la aceptación y rechazo de métodos.

EDAD	ACEPTA		NO ACEPTA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
- 20	22	36.66	38	63.33	60	100
21-30	119	48.37	127	51.62	246	100
31 y +	59	62.8	35	37.2	94	100

I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA

1 9 8 8

Aceptación y rechazo a los métodos de planificación
familiar de acuerdo al estado civil

EDO. CIVIL	ACEPTA		NO ACEPTA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
SOLTERA	11	36.66	19	63.33	30	100
CASADA	177	51.75	165	48.25	342	100
U. LIBRE	12	42.8	16	57.2	28	100

I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA

1 9 8 8

Aceptación y rechazo de métodos de planificación
familiar de acuerdo al tipo de puerperio

PUERPERIO	ACEPTA		NO ACEPTA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
FISIOLOGICO	135	48.7	142	51.3	277	100
QUIRURGICO	65	52.8	58	48.2	123	100

I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA

1 9 8 8

Clasificación por ocupación de pacientes que aceptan
y rechazan el método de planificación

Ocupación	Acepta		No acepta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Profesion.	6	66.66	3	33.33	9	100
Técnicos	13	65.00	7	33.33	20	100
Maestros	29	63.0	17	37.0	46	100
Oficinistas	14	32.5	29	67.5	43	100
Emp. servic.	8	32.0	17	68.0	25	100
Domésticos	2	50	2	50.0	4	100
Protecc. vig.	1	100.0	0	0	1	100
Lab. hogar	125	50.6	122	49.4	247	100
Estudiantes	2	40	3	60.0	5	100

I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA

1 9 8 8

Aceptación de métodos de planificación familiar
de acuerdo al número de gestaciones.

No. GESTAC.	ACEPTA		NO ACEPTA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
0	0	0	0	0	0	0
1 a 3	125	47.52	138	52.47	263	100
4 y más	75	54.75	62	45.25	137	100

I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOBSTERICIA

1 9 8 8

Aceptación de métodos de planificación familiar
de acuerdo al tipo de familia.

TIPO FAMILIA	ACEPTA		NO ACEPTA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
I	170	52.14	156	47.85	326	100.0
II	19	41.30	27	58.70	46	100.0
III	11	39.3	17	60.7	28	100.0

I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA

1 9 8 8

Distribución por escolaridad en pacientes que aceptan y rechazan métodos de planificación

AÑOS APROB.	ACEPTA		NO ACEPTA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
0	0	0	1	100	1	100
1 a 5	10	11.49	77	88.51	87	100
6 a 12	156	59.77	105	40.33	261	100
13 y +	34	66.66	17	33.33	51	100

I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA

1 9 8 8

Distribución de pacientes estudiadas de acuerdo al
ingreso per cápita

TIPO INGRESO	ACEPTA		NO ACEPTA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
I	11	28.94	27	71.06	38	100
II	152	47.64	167	52.36	319	100
III	37	86.04	6	12.96	43	100

I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOBSTERICIA

1 9 8 8

Distribución por número de personas/habitación y
aceptación de métodos anticonceptivos.

PERS./ HABIT.	ACEPTA		NO ACEPTA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
1	29	59.18	20	40.82	49	100
2	124	58.21	89	41.79	213	100
3	31	43.05	41	56.95	72	100
4 y +	16	24.24	50	75.76	66	100

I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOBSTERICIA

1 9 8 8

Correlación de los hábitos higiénicos con la aceptación
de métodos de planificación familiar

HIGIENE	ACEPTA		NO ACEPTA		TOTAL	
	No	%	No.	%	No.	%
BUENA	94	56.62	72	43.37	166	100
REGULAR	103	45.77	122	44.33	225	100
DEFICIENTE	3	33.33	6	66.66	9	100

I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA

1 9 8 8

Correlación de hábitos alimenticios con la aceptación
y rechazo a métodos de planificación

ALIMENTACION	ACEPTA		NO ACEPTA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
BUENA	76	59.38	52	40.62	128	100
REGULAR	112	47.86	122	52.14	234	100
DEFICIENTE	12	31.58	26	68.42	38	100

I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL IGNACIO ZARAGOZA"

SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA

1 9 8 8

Utilización de DIU y salpingoclasia en las pacientes
aceptantes

Núm. Embar.	D I U		S C B		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
0	0	0	0	0	0	0
1 a 3	81	66.39	41	33.61	122	100
4 y +	12	15.39	66	84.61	78	100

ANALISIS Y COMENTARIOS.

Del total de ingresos per cápita de las pacientes estudiadas, se obtuvo la media de ingresos que fué de - - - 138,620.00 con una desviación estándar de \$1,320.00, pudiéndose clasificar en tres grupos de acuerdo a como sigue:

- I. igual o menor de 57,280.00
- II. de 57,290 a 219,940.00
- III. igual o mayor a 219,950.00

En la correlación con el riesgo reproductivo, se observa que, globalmente, la mayoría de pacientes se encuentran dentro del riesgo reproductivo bajo, sin embargo es notorio que en el riesgo alto, hay mayor número de aceptantes, que, aunque aún poco significativo, refleja el interés que se ha tenido en proporcionar métodos anticonceptivos a éste grupo de pacientes.

En el cuadro correspondiente a la edad, se nota -- que el mayor número de pacientes corresponde al grupo de 21 a 30 años; que la aceptación en grupos mayores de 31 es superior al rechazo, y sin embargo, la no aceptación en pacientes menores de 19 años supera el uso de métodos. Todos los resultados mencionados concuerdan con otros estudios realizados en nuestro País, (2)

De acuerdo al estado civil, la mayor parte de usuarias son casadas, así como en el grupo de no aceptantes, sin encontrarse diferencias significativas en la aceptación y rechazo en cualquiera de los tres grupos.

En relación al tipo de puerperio, la mayoría de pacientes son de puerperio fisiológico, y de éstas, al tomar correlación con ambos grupos, no existe ninguna diferencia para la aceptación de métodos.

El tipo de ocupación predominante en nuestras pacientes son labores del hogar (61.75%); con relación a la aceptación de métodos, se observa una mejor disposición - en los grupos formados por: profesionales, técnicos, maestros y afines, observándose mayor rechazo en oficinistas, empleados en servicios. En las pacientes dedicadas - al hogar, no existe diferencia significativa.

En la aceptación de métodos de acuerdo al número de embarazos, se observa que es menor la aceptación en el grupo de 1 a 3 embarazos; en el grupo de 4 y más, se insinúa una pequeña diferencia de la aceptación contra el rechazo.

En el tipo de familia, se observa, que, la mayoría de familias son de tipo nuclear, y que existe una tendencia al rechazo a los métodos conforme se trata de familias más atípicas, datos que también corresponden a los encontrados en nuestro país, en otras regiones.

Al analizar el rubro de escolaridad, es ostensible el impacto que representan los diversos grupos sobre la aceptación de métodos: En el subgrupo de 1 a 5 años - aprobados, la mayor parte no acepta métodos, situación - que se invierte en la aceptación a mayor nivel escolar en el subgrupo de 13 y más años.

En el ingreso per cápita, se observa un fenómeno muy semejante al de la escolaridad: las pacientes con bajos ingresos económicos tienden a aceptar en menor proporción la metodología, invirtiéndose el caso en niveles más acomodados; el tipo de ingreso II, aunque abarca a la mayoría de pacientes, no representa una diferencia importante en ninguno de los grupos.

Con la distribución de personas/habitación y aceptación de métodos, es muy notorio que en el grupo de 4 y más personas/habitación hay menor aceptación (25%) contra un 8% de las pacientes que autorizan la aplicación del método.

En hábitos higiénicos, se observa que la mayoría de pacientes son de hábitos regulares, sin hacerse patente una diferencia en ambos grupos y costumbres.

Sin embargo, en la alimentación, se observa que conforme decrece el tipo y calidad de alimentos, también disminuye la aceptación de métodos. Esto se explicaría, de manera tal, que el nivel económico va aparejado con el hábito alimenticio.

De los dos métodos que se manejaron y evaluaron, se observa que la aplicación de DIU es mayor en el grupo 1 a 3 embarazos, siendo inverso en el grupo de 4 y +; esto se explica por el deseo de embarazo posterior en la baja paridad, y la necesidad de esterilización definitiva en pacientes multíparas.

De los resultados observados y analizados, se puede deducir que; se está incidiendo en las pacientes con mayor riesgo reproductivo para la aplicación de métodos; que aun no se logra cubrir el grupo de baja edad con métodos; la escolaridad, ingreso per cápita, hacinamiento, son factores que tienen importancia capital para la aceptación de los métodos anticonceptivos.

El resto de los parámetros, no arrojan datos significativos, ni en forma global ni aislada.

Como ya ha sido mencionado, se observó a que a menor nivel socioeconómico, disminuye la aceptación de la metodología anticonceptiva; esto puede correlacionarse con diversos factores, como son el machismo arraigado en nuestro país, principalmente en las clases marginadas (15); la información inadecuada sobre la función de los métodos, y aunque se refiere que la religión no influye, la mayor parte de la población pertenece a la religión católica, la cual prohíbe el uso de cualquier método no natural.

El menor uso de métodos anticonceptivos, da lugar a multiparidad, que por si misma, condiciona un descuido durante la vigilancia del embarazo, aumentando tanto el riesgo reproductivo como el gestacional.

C O N C L U S I O N E S

Se realizó el análisis de los datos obtenidos cubriendo en forma satisfactoria los objetivos trazados.

- Se realizó la evaluación de las condiciones socioeconómicas y culturales de la población.
- Se determinan cuatro parámetros para la evaluación de los tres niveles socioeconómicos - en base a:

I. Ingresos per cápita:

Bajo: menor de 57,280.00

Medio: de 57,290 a 219,940.00

Alto: mayor de 219,950.00

II. Cohabitación:

Bajo: 4 ó + personas por habitación.

Medio: 2-3 personas por habitación.

Alto: 1 persona por habitación.

III. Alimentación:

Bajo: deficiente.

Medio: regular.

Alto : bueno.

IV. Escolaridad:

Bajo: 0 a 5 años aprobados.

Medio: 6-12 años aprobados.

Alto: 13 y + años aprobados.

Se establece que existe una relación estrecha con ingresos, nivel de escolaridad y hacinamiento, que en conjunto, nos hablan de que a menor nivel socioeconómico, es menor la aceptación de la planificación familiar, con lo que se apoya la hipótesis inicial.

Tomando éstos resultados, se hace notar que se debe proporcionar mayor atención a éstos grupos, con una educación masiva más dirigida, proporcionar los recursos suficientes a las Instituciones que atienden a la población abierta. Asimismo, en cada nivel operativo, se debe procurar y orientar con mayor énfasis a las pacientes de riesgo reproductivo elevado.

R E S U M E N

Se realizó un estudio de las condiciones socioculturales y económicas de 400 pacientes en puerperio fisiológico o quirúrgico, egresadas del servicio de Ginecobstetricia del Hospital Regional "Ignacio Zaragoza", durante los meses de junio a septiembre de 1988, correlacionando la aceptación y rechazo de métodos de planificación familiar.

Se establecieron cuatro parámetros para catalogar a las pacientes en los niveles socioeconómicos I, II y - III, en base a ingresos per cápita, cohabitación, alimentación y escolaridad.

Se encontró una correlación muy significativa entre la aceptación de métodos y mayor ingreso per cápita, mayor grado de escolaridad y menor hacinamiento.

B I B L I O G R A F I A.

- 1) Camacho V.: Rechazo al método de esterilización definitiva en el puerperio inmediato. Revista de Ginecología y Obstetricia de México 46; 199. 1979.
- 2) Dirección General de Planificación Familiar: Características de las aceptantes de planificación familiar en el programa de la SSA. 1977-1983. México 1984.
- 3) Polch Lyon E.: Focus group and survey research on family planning in México. Studies in Family Planning 12;409.1981
- 4) Fernández NL.: Education and family planning in the urban sector. Higie. 3(2); 38-40. 1978.
- 5) Freedman R.: The sociology of human fertility. Current Sociology. 10; 35-121. 1978.
- 6) Fortney Judith A.: The importance of Family Planning in reducing Maternal Mortality. Studies in Family Planning. 18;109-114. 1987.
- 7) García H.: Esterilización femenina voluntaria. Motivaciones y efectos psicosociales. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. 41(1) 1977.
- 8) Huerta MG. y cols: Perfil socioeconómico y demográfico de las usuarias del Programa de Planificación Familiar de la SSA. Salud Pública de México. 18;321-334. 1976.
- 9) INPER.: Programa de Planificación Familiar. Edición I. - - pág. 14. 1983.
- 10) Lapham RJ et al.: Contraceptive prevalence: the influence of organized family planning programs. Studies in Family Planning programs. 16(3); 117-37. 1985.

- 11) Martínez Manatou J.: Fecundidad y uso de métodos anti-conceptivos en México. IMSS. México 1981.
- 12) Nortman Dorothy L. et al.: A cost-benefit analysis of the Mexican social security administration's family -- planning programs. Studies in Family Planning. 17:1-6 1986.
- 13) Mateos Cándano M.: Actitud y anticoncepción. Centro de estudios de la reproducción, A.C. México 1968.
- 14) Objetivos y estrategias del Sector Salud para alcanzar los mínimos de salud en el año 2000. Salud Pública de México. 23(1) 49-63. 1981.
- 15) Stycos JM.: A critique of focus group and survey research: the machism case. Studies in Family Planning. 12 (1) 450-6) 1981.
- 16) Schedlin MG et al.: Modern and traditional fertility regulation in a Mexican community: the process of decision making. Studies in Family Planning. 12(6-7) 278-96. 1981.
- 17) Sámano LF.: Encuesta sobre actitudes y conocimientos - del personal médico del programa de planificación familiar de la SSA. México 1976.
- 18) Urbina Fuentes M. y cols.: Análisis psicosocial y servicios de planificación familiar en México. Salud Pública de México. 27(4); 266-85. 1985.
- 19) Zetina G.: Estudio evaluativo del subprograma de médicos privados en el programa de planificación familiar de la Dirección General de Salud Materno-infantil. Instituto Mexicano de Estudios Sociales. Mexico.1976.
- 20) Vernón CR. y cols.: Anticoncepción femenina por cirugía voluntaria en la Secretaría de Salud.1981-1984. Rev. Salud Pública de México. 27(6).1985.
- 21) Historia de la Familia. Vol. 12. Ed. Everest.1973.