11226
101

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA

CLINICA HOSPITAL ISSSTE COMITÁN CHIAPAS

USO DE ANTICONCEPTIVOS Y FECUNDIDAD EN EL MUNICIPIO DE LAS MARGARITAS, 1995

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR,

P R E S E N T A :

Ana Maribel Torres Cancino

296636 2000

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

I·S·S·S·T·E·

SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

REGISTRO DE DIPLOMAS, MENCIONES HONORIFICAS, CONSTANCIAS Y RECONOCIMIENTOS.

LIBRO NUM. 001 HOJA 024

FOLIO NUM. 024

FECHA DE EXPEDICION 17 - JUNIO - 1999

JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA

CLINICA HOSPITAL ISSSTE COMITÁN CHIAPAS

USO DE ANTICONCEPTIVOS Y FECUNDIDAD EN EL MUNICIPIO DE LAS MARGARITAS, 1995

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR,

P R E S E N T A :

Ana Maribel Torres Cancino

Comitán, Chiapas, Junio de 1997

USO DE ANTICONCEPTIVOS Y FECUNDIDAD EN EL MUNICIPIO DE LAS MARGARITAS, 1995

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

Ana Maribel Torres Cancino

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ARNULFO TRIGOYÉN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DRA. MARIA DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

Ana Maribel Torres Cancino

USO DE ANTICONCEPTIVOS Y FECUNDIDAD EN EL MUNICIPIO DE LAS MARGARITAS, 1995

DR. RAMIRO DOMINGUEZ AGUILAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA UNIDAD MEDICA DEL ISSSTE, COMITAN, CHIAPAS

M. en C. ERNESTO BENITO SALVATIERRA IZABA
ASESOR DE TESIS, EXTERNO
DIVISION DE SALUD Y POBLACION, EL COLEGIO DE LA FRONTERA SUR

M. en C. AUSTREBERTA NAZAR BEUTELSPACHER
ASESOR DE TESIS, EXTERNO
DIVISION DE SALUD Y POBLACION, EL COLEGIO DE LA FRONTERA SUR

DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E

Comitán, Chiapas, Enero de 1997

AGRADECIMIENTOS

A mis Padres, Esposo e Hijos por su apoyo y cariño que siempre ha estado presente en mis actividades profesionales

A todos los profesores médicos que han contribuido a mi formación profesional

Al Dr. Carlos Esquínca Albores por su interés y orientación en la realización de esta tesis profesional

A mis asesores de tesis y a El Colegio de La Frontera Sur por el apoyo académico y profesional que se me brindó

CONTENIDOS

ANTECEDENTES 1
- Característica generales del municipio de Las Margaritas 1
- La planificación familiar 2
- La fecundidad 6

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 12

JUSTIFICACION 13

OBJETIVOS 14
- General 14
- Específicos 14

METODOLOGIA 15
- Diseño de estudio 15
- Universo de estudio 15
- Criterios de inclusión 15
- Criterios de exclusión 15
- Criterios de eliminación 15
- Diseño y estimación del tamaño de la muestra 16
- Diseño de los instrumentos 17
- Variables de medición 17
- Diseño operativo 17
- Análisis 18
- Consideraciones éticas 19

RESULTADOS 20
- Características de la población estudiada 20
- Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas 21
- Usos de servicios de salud 23
- Tasas globales de fecundidad 26

CUADROS 29

FIGURAS 34

DISCUSION 40

CONCLUSIONES 43

ANEXOS 45

BIBLIOGRAFIA 52

ANTECEDENTES

Características generales del municipio de Las Margaritas

Es el segundo municipio en extensión territorial más grande del estado de Chiapas con 5 718.4 km^2 de superficie territorial. Se ubica dentro del sistema montañoso de oriente o Lacandonia; colinda al norte con los municipios de Altamirano y Chanal, al sur con la República de Guatemala, al oeste con el municipio de Comitán de Domínguez y al éste con el municipio de Ocosingo. Tiene una altitud de 1 512 metros sobre el nivel del mar (snm); su topografía está conformada por lomerías y planicies con alturas máximas de 1 900 y mínimas de 150 mts snm; su clima es húmedo templado con lluvias todo el año, con una precipitación pluvial para todo el año superior a los 2 000 mm[1].

El Municipio de Las Margaritas se encuentra constituido por un total de 333 localidades; la mayoría de ellas (89.2%) cuenta con menos de 500 habitantes; 35 (10.5%) con una población de 500 a 2 500 habitantes y sólo la cabecera municipal cuenta con más de 2 500 habitantes. La población estimada hasta junio de l995 es de 121 570 habitantes, de los cuales el 57.3% son habitantes de lengua indígena, de los cuales el 13.5% son monolingües[2].

Con base en el Diagnóstico Jurisdiccional de la SSA para el Programa de Salud Reproductiva para 1995[1] la tasa general de fecundidad fue de 10.1; es decir, 10.1 nacimientos por cada 100 mujeres de 15 a 49 años de edad para 1995; y la tasa bruta de natalidad del municipio es de 9.6 por mil; es decir, 9.6 nacimientos por cada 1000 personas de todos los grupos de edad y sexo (población general). La distribución de la población por sexo es casi equitativa entre hombres y mujeres, con aproximadamente 16 424 mujeres en edad fértil[3].

Con base en los datos del XI Censo General de Población y Vivienda de 1990[2] se registraron algunos de los siguientes indicadores, que reflejan la ruralidad y el elevado índice de marginación del municipio:

El nivel de vida de los habitantes de las Margaritas es, en su gran mayoría, sumamente precario. De la población económicamente activa, los porcentajes de población ocupada son mínimos (45.5%), distribuyéndose de la siguiente manera: en el

sector primario 85.6 por ciento, en el sector secundario 2.5 por ciento y en el sector terciario 7.1 por ciento.

El total de viviendas ocupadas en el municipio es de 24 614, de las cuales el 30.5 por ciento cuenta con agua entubada, el 9.3 por ciento con drenaje y el 27.2 por ciento cuenta fosa séptica y 55.0 por ciento con letrina. Solamente el 32.9 por ciento cuenta con servicio de electrificación.

En cuanto a escolaridad el 44.3 por ciento de los mayores de 15 años de edad no tiene ningún grado de escolaridad, 33.2 por ciento tienen primaria incompleta y 15.5 por ciento, primaria completa y más. Se reporta un 6.7 por ciento de personas en la categoría *no especificado*.

En relación a la infraestructura de salud, de las 333 comunidades de Las Margaritas, solamente 171 cuentan con alguna unidad de salud (51.3%). La SSA cubre 98 de ellas con una infraestructura conformada por 1 centro de salud urbano, 11 unidades auxiliares de salud, 3 unidades móviles y 1 unidad de vuelo así como 2 módulos de atención a la salud. El IMSS Solidaridad cubre 73 comunidades con 25 unidades médicas rurales. Las restantes 162 comunidades (48.6%) no cuentan con cobertura institucional de salud[4].

La planificación familiar

El programa de planificación familiar se basa en la norma oficial mexicana cuyo propósito fundamental es uniformar criterios de operación políticos y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos pueda realizarse la selección adecuada de la prescripción de métodos anticonceptivos para lograr una decisión informada sobre el número y espaciamiento de los hijos[5].

En los últimos 20 años, los gobiernos de América Latina y el Caribe han incluido dentro de sus políticas prioritarias los Servicios de Planificación Familiar, con la finalidad de reducir las tasas de fecundidad; pese a ello, las encuestas realizadas en América Latina revelan altas tasas de fecundidad y embarazos no deseados, así como baja prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en algunos sectores de la población[6]

Por datos obtenidos en la encuesta de demografía y salud en 1993 existe amplia documentación del echo que la disminución de fecundidad se inicia en las áreas urbanas con la aparición de los programas organizados de planificación familiar y luego se extiende en forma gradual a áreas rurales en países como México, Perú y Guatemala la TGF, para las áreas rurales varia en 6.3 y 6.9 en estos países la revolución anticonceptiva todavía no a penetrado en el ambiente rural y el diferencial urbano rural en la fecundidad es de 2 hijos en el caso de México.

En México, los estudios iniciales de alcance nacional en la década de los setentas, ante la modificación de la Ley General de Población y Salud y la instrumentación del Programa de Planificación Familiar (1974), se centraron en la estimación de la prevalencia de utilización, el tipo de métodos, las características de la población usuaria y no usuaria y las tasas de fecundidad. Las encuestas nacionales sobre prácticas anticonceptivas y fecundidad de 1976, 1979 y 1982 revelaron que el porcentaje de mujeres en edad fértil unidas, usuarias de anticonceptivos, pasó de 30.2 a 37.8 y 47.7 por ciento, respectivamente[7,8,9,10]. Para 1987, la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud[11] (ENFES), reportó una prevalencia de uso de 52.7 por ciento, es decir, superior en tan solo 10.5 por ciento a la registrada en 1982. Por medio de esta encuesta, también se sabe que el porcentaje de utilización de métodos modernos disminuyó ligeramente entre 1982 (82.9%) y 1987 (80.6%).

Las relaciones interpersonales forman el proceso a través del cual el paciente o usuario proporciona la información necesaria para llegar a un diagnóstico o seleccionar los métodos de atención más apropiados, y el prestador de la atención proporciona la información sobre la naturaleza del problema médico y su manejo, y motiva al paciente o usuario a participar activamente en su cuidado. [12]

La organización y el personal involucrado en las actividades de planificación familiar son responsables, por lo tanto, de proveer los recursos y las instalaciones necesarias para implementar la atención: de tomar decisiones técnicas adecuadas al seleccionar todos los procedimientos hábilmente y de establecer una "relación personal con el paciente ética, humana, placentera y conducente a estimular una participación activa de este último y su familia en la atención de su salud" [13].

Varios autores afirman que los programas de planificación familiar pueden alcanzar mejores resultados demográficos cuando se concentran en un número pequeño de usuarios anuales y proporcionan sus servicios con sumo cuidado para así incrementar el grado de satisfacción y mejorar las tasas de continuación más que cuando tratan de reclutar un gran número de usuarios en un momento determinado sin contar con posibilidades de seguimiento[14].

Todos los estudios institucionales y las encuestas demográficas nacionales han mostrado que los efectos colaterales o el temor a los anticonceptivos modernos son, con mucho, la principal razón de su abandonó. La información más reciente, derivada de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES) de 1987, muestra que entre 15% y 24% de las aceptantes del dispositivo Intrauterino, de pastillas anticonceptivas y de métodos inyectables, declararon haberlos abandonado por esta razón durante el primer año de uso, lo cual, por otro lado, es muy poco frecuente entre las usuarias de métodos tradicionales. Sin embargo, cabe destacar la alta probabilidad de falla de estos últimos métodos.

Así los "efectos colaterales" incluyen: el temor a los mismos, los "efectos" no ocasionados por los métodos, pero que la población les atribuye y, por supuesto, los efectos reales cuya severidad e importancia varía.

En el caso de la esterilización femenina, llama la atención que una de cada diez mujeres esterilizadas, que fueron entrevistadas durante la ENFES, haya declarado que no volvería a operarse si tuviera la oportunidad de elegir. Es notorio que las mujeres que en mayor medida descartarían la posibilidad de volver a operarse son aquellas que recibieron menos información antes de la operación, tuvieron un procedimiento deficiente de aceptación, recibieron menos revisiones médicas y esperaron menos tiempo entre la decisión de operarse y el momento en que lo hicieron. Estas condiciones se deterioran al disminuir la escolaridad y el tamaño del lugar de residencia de la población[15].

Estudio reciente[16] sobre planificación familiar, reporta que el programa descansa en las instituciones del sector salud. Que el método más utilizado es la esterilización femenina, que representó en 1987 al 36 por ciento de las usuarias y se aplica a mujeres de alta fertilidad. En este mismo artículo se registró que la diferencia entre la fecundidad

urbana y rural ha aumentado, ya que en el periodo de 1984 a 1986 la fecundidad rural alcanzó el doble de la urbana. Lo anterior puede deberse a que en las zonas rurales donde se ha mantenido el papel tradicional de la mujer en la familia y en la sociedad, se valora mas a los hijos. La nupcialidad es generalmente precoz a pesar de que se conocen y existe una amplia difusión de los métodos hormonales de control natal éstos se usan irregularmente con amplias proporciones de abandono y pocos resultados en el espaciamiento de los nacimientos, cuando ya nacieron muchos hijos el programa de planificación familiar ofrece la esterilización que en ese momento no podrá tener impacto demográfico.

Welti[17,18], refiere que la escolaridad en las mujeres es uno de los factores más importantes en la explicación de las diferencias en las tasas de fecundidad. La diferencia es entre las mujeres que no asistieron a la escuela mas del 60 por ciento del total tienen su primer hijo en la adolescencia contra poco más del 10 por ciento de las mujeres que estudiaron al menos la preparatoria. En relación a la misma variable de educación Cuellar[19] menciona que con base en encuesta a mujeres rurales alguna vez unidas los estudios demográficos señalan que las jóvenes que tienen un grado de escolaridad mayor usan más métodos anticonceptivos que las que tienen menos grados de escolaridad.

Con base en las encuestas nacionales se estima que existe un 59 por ciento de mujeres unidas que no desean más hijos, un 44 por ciento de ellas usan algún método tradicional o no usan ninguno, esta conducta parece reflejar falta de conocimiento sobre la forma en que actúan los métodos y temores a sus efectos colaterales. Posiblemente el reto consista en estimular el uso de los métodos anticonceptivos mediante la mayor educación y comunicación hacia la población potencialmente usuaria[20].

La información que proporciona la encuesta sobre los determinantes de la practica anticonceptiva realizada en 1988 permite identificar algunas variables socioeconómicas que se asocian con diferentes niveles de utilización de medios de regulación de la fecundidad encontrándose que la practica anticonceptiva en el noroeste (71.8%) del país es notablemente mas alta que en el centro (54.8%) y en el suroeste (56.4%) del país, que el nivel mas bajo se encuentra en el centro a pesar de que el desarrollo de las entidades que conforman esta región es mayor que las del suroeste lo cual sugiere que exista

elementos de naturaleza diferentes que intervienen en el contexto socioeconómico y la decisión de regular la fecundidad[21] .

En esta misma encuesta se encontró que en el suroeste una de cada 10 Mujeres declaró nunca haber oído hablar de algún método anticonceptivo y este porcentaje se elevó a caso una de cada 4 mujeres encuestadas en áreas rurales.

Información reciente proporcionada por la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica[22] (1992), reveló que aún cuando la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos para todo el país es de 63.1 por ciento, existen grandes diferencias entre las entidades federativas; por ejemplo, algunos estados del norte de México como Baja California Sur y Nuevo León alcanzan prevalencias de uso de métodos anticonceptivos superiores al 75 por ciento, en tanto que los estados más marginados como Oaxaca, Guerrero y Chiapas se reportan las más bajas prevalencias (46.3, 46.9 y 49.9 por ciento, respectivamente).

Los estudios de fecundidad en población indígena de Chiapas y uno de los únicos que existe reportó que en Chiapas en 1993 entre mujeres tzeltales y tzotziles[23], el 28.0 por ciento de las tzeltales y 52.0 por ciento de las tzotziles en edad fértil, no conocían ningún método anticonceptivo. El 75.7 por ciento de las tzeltales y el 88.0 por ciento de las tzotziles no han usado métodos anticonceptivos. Los métodos más conocidos entre ellas son las pastillas, las inyecciones y la esterilización femenina. La mayor frecuencia de razón de uso de métodos anticonceptivos es "para no embarazarse seguido", y en segundo lugar, el "no querer tener mas hijos". El 65 por ciento de la población muestreada considera que los anticonceptivos afectan a la salud.

Los datos anteriores muestran las enormes diferencias en las prácticas anticonceptivas entre las poblaciones indígenas y no indígenas y la necesidad de profundizar en el conocimiento de la dinámica demográfica de las poblaciones étnicas.

La fecundidad

La fecundidad de la población mexicana ha registrado modificaciones considerables durante la historia reciente. Después de permanecer en niveles elevados y en aumento

hasta 1970, ha descendido de manera rápida y sin interrupciones durante los últimos 20 años. La tasa global de fecundidad[24] , uno de los indicadores más significativos para medir el nivel de esta variable, ha pasado de niveles cercanos a los 7 hijos por mujer en la década 1960-1970 a 3.46 en la actualidad (1992)[25].

Diversos investigadores han aportado elementos sobre los factores que influyen en la fecundidad. Welti reportó que las condiciones más importantes para el mantenimiento de una elevada fecundidad son: edad promedio del matrimonio muy joven, estabilidad en la unión conyugal, escaso uso de los métodos anticonceptivos, mejora en la salud de la mujer y la disminución de la muerte fetal. El mismo autor refiere que hasta ahora el descenso de la fecundidad se ha concentrado en la fecundidad de las parejas conyugales y sobre éstas es donde ha actuado la anticoncepción[26].

Zuñiga Herrera menciona que la fecundidad en el medio rural ha ido descendiendo en las localidades de menos de 2 500 habitantes. Asimismo, afirma que en el periodo de 1973-1975 parece ubicarse el inicio de la caída drástica de los niveles de fecundidad de la población en el campo, esta apreciación se deriva de que la tasa global de fecundidad disminuyó de 7.9 en 1973 a 7.0 a 1975 y ese mismo fenómeno se observó en las tasas específicas de fecundidad[27].

A nivel internacional Bongaarts menciona que la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, la prevalencia de lactancia materna, la prevalencia de aborto, y la edad a la primera unión, son los más importantes factores que influyen en las tasas globales de fecundidad. El mismo autor, propuso un modelo que ha sido ampliamente utilizado y que ha permitido concluir que la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es el principal determinante de los niveles de fecundidad en una población[28].

Los datos reportados por las encuestas nacionales realizadas a partir de 1976, muestran que este descenso no ha sido homogéneo con un comportamiento similar al de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos; es decir, entidades como el Distrito Federal, Nuevo León y Sonora tienen las tasas globales de fecundidad (TGF) más bajas del país con cifras que van de 2.15 hijos por mujer a 2.54 y 2.89, respectivamente. Por otra parte, Chiapas reporta la TGF más elevada de México con 4.60 hijos por mujer[29]. También

se reconocen diferencias al interior de las entidades entre las poblaciones urbanas y rurales y entre poblaciones indígenas y no indígenas.

Valdez de Montaño, manifiesta que cada grupo indígena según el censo y las estadísticas vitales, reporta tener un comportamiento propio a lo largo de los últimos 30 años, tanto en mortalidad como en fecundidad. Menciona que los cambios posibles en fecundidad, lleva implícito el diseño de acciones encaminadas a incidir directamente en un patrón de conducta, lo que requiere de estrategias que tomen en cuenta la especificidad étnica ya que por ahora se han manifestado variaciones reducidas en los niveles de fecundidad. La misma autora, con base en una investigación realizada en población indígena del norte de la Sierra de Puebla en donde se levantó una muestra de 720 mujeres a quienes se les aplicó un cuestionario sobre fecundidad, la tasa global de fecundidad fue de 8.33 hijos en 1987 mientras que para el total del Estado de Puebla fue de 5.46; por otra el 75 por ciento de la fecundidad corresponden a mujeres de 15 a 34 años, las que reportaron un uso muy reducido de anticonceptivos a la vez que se da una fuerte estabilidad entre las uniones y un elevado riesgo de concebir. Los tres elementos previamente analizados corresponden a una fecundidad alta, producida por una conducta reproductiva propia de los grupos étnicos. La misma autora recomienda que en los estudios de fecundidad en población indígena debe considerarse la necesidad de profundizar en el estudio del comportamiento demográfico de éstas etnias, lo que obliga a la realización de encuestas adecuadas que permitan captar las pautas reproductivas de sobrevivencia y de movilidad geográfica en relación con factores económicos sociales y culturales y de esa forma poder avanzar significativamente en la solución de los grandes problemas que aquejan ancestralmente a la población indígena, reconociendo y respetando su formas propias de organización y participación[30].

Se ha demostrado que los efectos que tiene el inicio de la maternidad durante la adolescencia sobre la fecundidad total por edad son tales que la diferencia entre mujeres que fueron madres por primera antes de los 20 años y las que fueron después de esta edad, representan 2 hijos antes de los 35 años y 3 hijos al final del periodo reproductivo. Este efecto parece ser la principal razón para prestar atención a la fecundidad adolescente y tratar de reducir su incidencia mejorando los niveles educativos y el acceso a los métodos anticonceptivos[31].

Los resultados obtenidos y citados previamente destacan la importancia de la dimensión estatal en el conocimiento de la fecundidad en México. Ante este panorama es importante preguntarse a qué se deben las diferencias entre los estados y qué factores actúan al interior de cada unidad geográfica para determinar el descenso en la fecundidad, o cuales por el contrario hacen que ésta permanezca a niveles elevados.

Es posible suponer que al incorporar mayor información sobre los estados que refieren un nivel elevado de fecundidad, éste se asocie a un escaso conocimiento y uso de la planificación familiar, bajos niveles de escolaridad de la población femenina y en general a la marginación del desarrollo social de grandes sectores de la población. De otro lado, en los estados que registran bajos niveles de fecundidad se observan elevados porcentajes de usuarias de anticonceptivos y mayores niveles de escolaridad y de participación de la mujer en la actividad económica[32].

Es evidente por tanto que sólo algunos sectores de la población se han integrado a los nuevos patrones reproductivos, lo que debe llevar a una redefinición de las políticas de población en donde el objetivo sea la disminución de los grandes desequilibrios sociales que se manifiestan también en la fecundidad estatal.

Por otra parte el norte y el centro del país tienen los más bajos niveles de fecundidad. En el caso de las otras regiones es necesario observar por separado la fecundidad general y marital porque si bien la región Sur presenta un elevado nivel de fecundidad general, su nivel marital es prácticamente el mismo que el nacional mientras que las regiones Pacífico y Centro norte tienen las mayores niveles de fecundidad marital.

Llama la atención el hecho de que las diferencias entre localidades rurales y urbanas sean menores en la fecundidad marital que en la fecundidad general, lo que muestra el efecto que tienen el inicio precoz de las uniones sobre el nivel de la fecundidad general en localidades rurales y el control de la fecundidad en las parejas conyugales[33].

Las modificaciones en el nivel de escolaridad de la población femenina (junto con su participación cada vez mayor en la actividad económica) han sido asociados a los cambios en la fecundidad.

Según los datos proporcionados por ENADID en 1992, persisten las diferencias según el nivel de escolaridad. La tasa global de fecundidad de las mujeres que no asistieron a la escuela es de 5.1 hijos, en tanto que las mujeres con preparatoria y más, la tasa es de 2.0 hijos por mujer. Especialmente en el caso de la fecundidad marital. Resulta obvio que la educación es la variable que más claramente esta asociada a las condiciones de vida de la población[34].

Se ha tratado de explicar el incremento de la fecundidad adolescente en los años recientes como resultado de una actividad sexual cada vez más temprana sin la protección para evitar un embarazo. En el caso de las jóvenes que se encuentran en condiciones económicas desventajosas, el embarazo en la adolescencia es el inicio de una intensa historia genésica que se manifiesta en un promedio significativo de hijos antes de los 20 años. Así , las mujeres que no asistieron a la escuela y tuvieron su primer hijo durante la adolescencia tienen en promedio dos hijos a los 19 años. En otras palabras, esta información pone en duda que la simple difusión de información sobre métodos anticonceptivos que lleve a incrementar su uso, sea suficiente para reducir significativamente entre estas mujeres el embarazo adolescente[35].

Otra de las situaciones que lleva a calificar como un problema el embarazo adolescente es su relación con la salud de la madre y el hijo, y más específicamente, con el mayor riesgo de muerte que enfrentan durante el primer año de vida los hijos de madres jóvenes. Para la sociedad resultaría más adecuado en el corto y en el largo plazo, ofrecer opciones al desarrollo personal de las adolescentes que hagan que no sea sólo la maternidad la acción más a su alcance para lograr su realización individual[36].

El estudio de un amplio número de países con una diversidad de condiciones socioeconómicas ha llevado a suponer que ningún país puede alcanzar una tasa de crecimiento natural de su población cercana al uno por ciento sin que se recurra al aborto inducido como método complementario al uso de la anticoncepción eficiente para limitar el número de hijos. Incluso ninguna población ha logrado mantener una tasa global de fecundidad de menos de 2.2 hijos por mujer sin considerar al aborto, ya sea este legal o ilegal, como método de control natal.

Los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (1992), señalan que Chiapas es la entidad con la tasa global de fecundidad más elevada (4.60) del país[37], así como la que cuenta con una de las tres menores tasas de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (49.9%)[38]. Lo anterior, en el marco de la mayor marginación en el país[39], por lo que se convierte en objeto central de atención para la instrumentación de las políticas de población señaladas en el Plan Nacional de Desarrollo[40].

Algunos de los factores específicos de la problemática de fecundidad y prácticas anticonceptivas en Chiapas que han sido identificados son: la pobre calidad de los servicios de salud y en algunos casos, la inaccesibilidad geográfica y/o económica; factores culturales de las distintas etnias y de la población mestiza en la entidad, entre los que se incluyen la valoración de los hijos y las creencias y actitudes hacia la anticoncepción; el elevado analfabetismo, particularmente entre la población femenina y la pobreza extrema, como sustrato de todo lo anterior[41].

Debido a esos factores y a las grandes diferencias interregionales se hace indispensable la realización de estudios en poblaciones específicas con el propósito de conocer su comportamiento reproductivo y la forma en que interactúan con la política de población.

Planteamiento del problema

La razón por la que se realizó la presente investigación estriba en que la información con que se cuenta de manera oficial, ha sido obtenida con base en la encuestas nacionales que principalmente obtienen datos de población mestiza y en el caso particular del Estado de Chiapas, donde el 30 por ciento de la población es indígena, los indicadores construidos para toda la entidad tienen una deficiencia mayor que en las entidades donde el peso relativo de la población indígena es menor. En general podemos afirmar que es escaso el conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos y los indicadores de fecundidad entre población indígena.

Es necesario conocer las diferencias en el comportamiento demográfico de la población indígena y mestiza y relacionarlas con la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, tomando en cuenta las características socioculturales, económicas y productivas del cada grupo social, con el propósito de contribuir en el mejoramiento y la reorientación del programa de Salud Reproductiva en la Región Fronteriza del Estado de Chiapas.

JUSTIFICACIÓN

Son escasos los estudios de fecundidad y prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en el estado de Chiapas. La importancia -trascendencia- de esta investigación radica en que el Municipio de Las Margaritas, una de las regiones de nuestro país con más alta marginación y mayor cantidad proporcional de población indígena no se ha estudiado a fondo el comportamiento demográfico y las características del uso de los métodos anticonceptivos.

Se ha observado también que la morbi-mortalidad materno fetal esta directamente relacionada con altas tasas de fecundidad y baja aceptación de métodos anticonceptivos, hallazgos que posiblemente repercutan en el conocimiento sobre los patrones de sobrevivencia infantil.

El programa de salud reproductiva en nuestro Estado es prioritario, por lo que debemos partir del conocimientos de éste, en sus diferentes regiones con el fin de dirigirnos de una manera especifica sobre la población, trabajando reiteradamente en las variables propias que las identifican, orientando con ello el comportamiento e instrucción médicas hacia los habitantes de dichas zonas con el fin de intervenir favorablemente en el control de crecimiento de nuestro Estado.

OBJETIVOS

General

Identificar las características que prevalecen en cuanto al uso y no uso de los métodos anticonceptivos y conocer las tasas globales de fecundidad.

Específicos

1. Identificar las características que prevalecen en cuanto al uso y no uso de los métodos anticonceptivos según escolaridad, lengua indígena, usos de anticonceptivos y marginación en las localidades seleccionadas en mujeres unidas y alguna vez unidas.

2. Conocer las tasas globales de fecundidad según escolaridad, lengua indígena, usos de anticonceptivos y marginación en las localidades seleccionadas en mujeres unidas y alguna vez unidas.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Es un estudio epidemiológico observacional, transversal, descriptivo, con base poblacional.

Universo de estudio

Mujeres de 15 a 49 años de edad (en edad reproductiva), en seis localidades del municipio de Las Margaritas con diferentes grados de marginación y de microregiones geográficas diferentes. Incluye un barrio suburbano y de alta marginación y pobreza "Los Pocitos" que pertenece a la ciudad de Las Margaritas, cabecera municipal. (figura 1 mapa de las margaritas).

Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio a las mujeres de 15 a 49 años de edad, independientemente de su estado civil, o lengua, que refirieran más de 5 años de residencia en las localidades estudiadas.

Criterios de exclusión

En cuanto a los criterios de exclusión solo se consideró a aquellas que no tuvieran residencia en la localidad de por lo menos cinco años.

Criterios de eliminación

Se consideró como criterio de eliminación la información incompleta o incongruente obtenida por la entrevista.

Diseño y estimación del tamaño de la muestra

Estimación del tamaño muestral

En cuanto al tamaño de muestra, se utilizó el modelo o fórmula estadística para MAS (muestreo aleatorio simple). Los parámetros estadísticos fueron: un nivel de confianza -área bajo la curva- Z=1.64 (90%); un error de muestreo -precisión- de 4 por ciento (d=0.04); y una prevalencia, que en este caso se aproximó a la tasa general de fecundidad del 10 por ciento reportada por la SSA en su informe jurisdiccional III de 1995. Con los estadísticos previos, el tamaño mínimo de muestra fue de 150 viviendas.

$n=p.(1-p).Z^2/d^2$; $n= (0.9)(0.1)(1.64)^2/(0.04)^2$

aproximadamente n=150 mujeres de la población blanco

El tamaño estimado de la muestra fue distribuido proporcionalmente al tamaño de la población de las localidades seleccionadas, correspondiendo aproximadamente al 10 por ciento de las mujeres en edad fértil para cada una de ellas* .

Diseño muestral

El muestreo fue polietápico. En la primera fase se seleccionaron las comunidades de estudio con base en criterios de accesibilidad geográfica y política, en su índice de marginación y en la aceptación de las autoridades locales para que se aplicara la encuesta (cuadro 1), con el propósito de tener un panorama global y aproximado del fenómeno en estudio en el municipio. En la segunda fase, se realizó un muestreo aleatorio simple con base en el censo de familias que existía en cada una de las localidades seleccionadas para identificar las viviendas que serían objeto de visita para la realización de las entrevistas. En el caso de la población urbana, se carecía de un listado de los habitantes, por lo que se procedió a realizar un muestreo sistemático, seleccionando una vivienda de cada ocho, lo que correspondió aproximadamente a una vivienda por manzana. Se seleccionó aleatoriamente una mujer al interior de cada vivienda.

Diseño de los instrumentos

Se diseñaron dos cédulas para obtener la información: la cédula familiar con el fin de registrar información sobre las características de la vivienda, características sociodemográficas, económicas y culturales de los ocupantes, y la cédula individual que permitió recolectar información sobre el estado civil, lengua, escolaridad, ocupación, ingresos, filiación, preferencia de tipo de servicio al cual acudían en caso de enfermedad general y de la mujer, infraestructura en salud, expectativas en cuanto a su fecundidad, su posición ante los métodos de planificación familiar (PF), quien o quienes influyen en su decisión sobre el uso de los métodos de PF y el tipo de métodos que utiliza, historia de embarazos y qué es lo que más le preocupa de su salud al momento de la encuesta.

Variables de medición

Las variables dependientes fueron la Tasa Global de Fecundidad (TGF) y la Prevalencia de Uso de Métodos Anticonceptivos.

La TGF fue estimada tomando en consideración el promedio de hijos nacidos vivos en los tres años previos a la encuesta, divididos por los años mujer de exposición[15]. Lo anterior con la finalidad de evitar el efecto de las fluctuaciones en el análisis de años individuales, así como el de subestimar los nacimientos entre las mujeres usuarias actualmente de anticonceptivos.

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos fue estimada para el último mes (usuarias actuales), alguna vez (usuarias alguna vez, incluyendo uso actual) y nunca usuarias.

Las variables independientes son escolaridad, lengua, índice comunitario de marginación y uso alguna vez/nunca uso de métodos anticonceptivos.

Diseño operativo

Las entrevistas fueron realizadas por tres entrevistadoras, una de ellas, bilingüe español-tojolabal, quienes recibieron capacitación sobre la aplicación de los instrumentos.

Se contó con el apoyo de una unidad móvil de la SSA del municipio. Las entrevistas fueron realizadas previa coordinación con las autoridades locales.

En el 15 por ciento de las entrevistas se requirió de la traducción del español al tojolabal por el esposo o un familiar o el apoyo de una persona ajena a la familia. A cada mujer se le proporcionó información acerca de la naturaleza del estudio, para obtener su consentimiento. La entrevista fue realizada al interior del domicilio de las mujeres, con una duración aproximada de 20 minutos por entrevista. El levantamiento se efectuó del 1 de agosto al 10 de septiembre de 1995.

Análisis

El análisis de la información se realizó globalmente para todas las comunidades. En una primera etapa se obtuvieron frecuencias para las distintas variables que permiten la caracterización sociodemográfica de las mujeres incluidas en el estudio, las condiciones de vivienda, y medidas de la condición económica de las familias a través de indicadores como el consumo de carne, el ingreso y los participantes en la generación de éste. En este análisis univariado también se obtuvieron los indicadores de las variables dependientes: TGF y Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos.

En la segunda etapa se aplicó el análisis bivariado con la variable dependiente (Yi) y las independientes (Xi), con base en modelos de bondad de ajustes y pruebas de hipótesis (chi cuadrada), así como algunas medidas de asociación (riesgos relativos), con el propósito de detectar los factores determinantes de la frecuencia de uso de los métodos anticonceptivos y las tasas globales de fecundidad.

Y para la estimación de la Tasa Global de Fecundidad (TGF) con base en el modelo edad-periodo, se utilizó un modelo directo, que consistió en desglosar la edad de las mujeres unidas en grupos quinquenales y promediar el número de nacidos vivos de los últimos tres años (1993 a 1995) para obtener las tasas específicas de fecundidad por grupos de edad. Este promedio permite evitar las fluctuaciones en los nacimientos en los años individuales. Posteriormente, las tasas específicas por edad fueron sumadas y multiplicada por el intervalo de los grupos de edad (5 años).

Consideraciones éticas

El presente estudio se enmarco dentro del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud42 y uno de los aspectos éticos más importantes considerados en este trabajo fue la confidencialidad de la información, misma que fue informada y obtenido bajo consentimiento verbal de las mujeres incluidas en el estudio en el periodo previo a la entrevista. Además, por tratarse de un estudio observacional en comunidades y con información obtenida por entrevistas, no representó ningún riesgo para la salud biológica y mental de las mujeres.

RESULTADOS

Durante la recolección de información, se presentaron problemas de accesibilidad geográfica y política en dos comunidades: Rafael Ramírez y Santa Rita Sonora, por lo que no se completó el número previsto de entrevistas. Debido a ello, se procedió a la selección de una localidad que compartía características con ambas comunidades para completar el tamaño de muestra estudiado: Francisco I. Madero (725 habitantes) en la que se realizaron 20 entrevistas (cuadro 2). No hubo negativa de las mujeres a participar en el estudio ni viviendas deshabitadas, por lo que la tasa de no respuesta fue cero.

Características de la población estudiada

Estructura de la población

La población estudiada comprende 997 personas de todos los grupos de edad, con un promedio de 6.65 habitantes por vivienda. Del total de la población 253 fueron mujeres en edad fértil (25.4%). El promedio de edad por sexo fue de 23.4 años en hombres y 22.7 en mujeres, con medianas de 21 y 20 años, respectivamente.

Condiciones de la vivienda

El 58.6 por ciento de las viviendas cuentan con un solo cuarto y sólo el 2 por ciento tiene más de 3 dormitorios por vivienda. En el 70.7 por ciento de las viviendas el índice de hacinamiento fue superior a 3 personas por dormitorio.

En los materiales de construcción de la viviendas predominan las paredes de madera (64%), piso de tierra (68.7%) y techo de lamina (68.7%). Respecto a los servicios públicos, 88.7 por ciento de las viviendas no cuentan con agua entubada; 75.3 por ciento cuenta con letrina y/o excusado pero el 85 por ciento de las viviendas no cuentan con servicio de drenaje; el 69.3 por ciento cuenta con energía eléctrica. En el 91.3 por ciento de las viviendas se cocina con leña (cuadro 3).

Condición económica de las familias

En el 82 por ciento de las viviendas solamente un miembro del hogar es quien provee de dinero a la familia y en el 11.3 por ciento son dos personas las que reciben ingresos por su trabajo.

El 65.1 por ciento de la población refirió consumir carne con una frecuencia menor a dos veces por semana; 32.2 por ciento dos veces por semana y sólo el 2.7 por ciento refirió comer carne todos los días.

Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas

Edad de las entrevistadas

En la figura 2, se aprecia la distribución por grupos quinquenales de edad de las mujeres entrevistadas, para toda la población y por lengua indígena. La composición por grupos de edad es similar entre la población indígena y no indígena, lo que más adelante nos permitirá realizar las comparaciones directas de los indicadores.

Tipo de lengua

El 67.3 por ciento de las mujeres entrevistadas habla alguna lengua indígena; 98 por ciento de ellas, refiere hablar tojolabal. El dos por ciento restante refirió hablar tzeltal.

Religión

El 74.7 por ciento de las personas entrevistadas es de religión católica, 11.3 por ciento, testigo de Jehová; 7.3 por ciento refirió ninguna religión y el resto, otras religiones. La distribución entre mujeres indígenas y no indígenas es similar para las católicas, con una proporción 50 por ciento mayor de testigos de Jehová entre la población indígena (12.7 vs 8.3 por ciento) (figura 3).

Estado civil

En cuanto el estado civil, 10.0 por ciento de las mujeres entrevistadas refirieron estar solteras, 70.7 por ciento casadas, 12.7 por ciento en unión libre y 6.6 por ciento, divorciadas, viudas o separadas. En la figura 4 se presenta la distribución del estado civil según lengua indígena, observándose una distribución similar entre mujeres indígenas y no indígenas con un elevado predominio de mujeres casadas.

Estructura familiar

En relación al tipo de familia, en su mayoría fueron familias nucleares (madre, padre e hijos) (63.3%) seguidas de las familias extendidas con suegros (16.0%) y extendidas con padres (5.3%). Entre la población que habla lengua indígena, el porcentaje de familias nucleares fue menor (59.8%) que entre la población no indígena (70.8%); por otra parte, el porcentaje de familias extendidas con los suegros y con los padres fue 2.6 veces mayor entre la población indígena (26.4%) que entre la no indígena (10.3%) (figura 5).

Escolaridad

Respecto a la escolaridad, 42.0 por ciento refirieron ningún grado de estudio, 33.3 por ciento, primaria incompleta y 24.6 por ciento primaria completa y más. El porcentaje de mujeres sin escolaridad fue 38 por ciento mayor entre las mujeres de habla indígena (46.1%) que entre las mujeres no indígenas (33.3%); el porcentaje de mujeres con primaria incompleta fue igual (33.3%, respectivamente) y el porcentaje de mujeres con primaria completa y más fue menor entre las mujeres indígenas (20.6%) que entre las no indígenas (33.3%) (figura 6).

Al momento de la encuesta 95.3 por ciento de las mujeres entrevistadas refirió no estar estudiando.

Ocupación y tipo de trabajo

De las mujeres entrevistadas, 96 por ciento no refirió ninguna actividad remunerada. Del 4.0 por ciento de las mujeres con ocupación remunerada, refirieron trabajar en labores tales como cocinera, empleada de gobierno, empleada doméstica, lavandera y dependiente. Los ingresos que percibían en el momento de la encuesta (agosto 1995) no rebasaban los 250 pesos por mes.

No se observaron diferencias en los porcentajes de mujeres con ocupación remunerada entre aquellas que hablan lengua indígena (3.9%) y las que no hablan lengua indígena (4.2%).

Seguridad social

El 96.6 por ciento de las mujeres no es derechohabiente de alguna institución de seguridad social. El porcentaje de mujeres aseguradas entre la población indígena (3.95) fue mayor que entre la población no indígena (2.1%).

Usos de servicios de salud

Los servicios a los que acuden cuando enferman ellas o sus familiares son en su gran mayoría los servicios institucionales de primer nivel de la SSA e IMSS-Solidaridad (66.7%); seguido de médico particular (10.7%) y servicios médicos locales o tradicionales (6.7%).

Al estratificar por lengua indígena, se observó que el porcentaje de mujeres que acude a los servicios institucionales de primer nivel es 31 por ciento mayor entre las mujeres indígenas (79.4%) que entre las no indígenas (60.4%). En contraparte, el uso de los servicios médicos privados fue 58.6 por ciento mayor entre las mujeres no indígenas (20.8%) que entre las indígenas (5.8%). El porcentaje de uso de los servicios médicos tradicionales fue similar en ambas poblaciones (figura 7).

Edad de la primera unión

La edad a que las mujeres reportaron tener su primera pareja se distribuyó de la siguiente manera: el 10.0 por ciento fue de 12 a 14 años; 39.3 por ciento, de 15 a 17 años; 18.7 por ciento de 18 a 19 años y 21.3 por ciento de 20 y más años; 10.7 por ciento de las mujeres no respondieron a la pregunta. Es decir, 68.0 por ciento de las mujeres refirieron unirse antes de los 20 años de edad.

No se observaron diferencias importantes en la edad de unión entre mujeres indígenas y no indígenas. El porcentaje de mujeres que no respondieron a la pregunta fue mayor entre las no indígenas (figura 8).

Hijos que desea tener

De las 134 mujeres unidas o alguna vez unidas, el 11.4 por ciento refirió el deseo de tener de 1 a 2 hijos; 10.0 por ciento, 3 hijos; 21.3 por ciento de 4 a 5 hijos; y 12.7 por ciento de 6 a 11 hijos. Dentro de las categorías inespecíficas, 4.7 por ciento refirió el deseo de tener *todos los que Dios les dé*, y 40 por ciento, respondió que no sabía o no contestó.
Entre la población que habla lengua indígena, el número de hijos deseado fue mayor que entre la población no indígena (figura 9).

Uso de anticonceptivos

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en el *último mes* en el total de las mujeres entrevistadas fue de 20.0 por ciento. Por tipo de método la salpingoclasia fue el método de mayor prevalencia con 7.3 por ciento, seguido de las pastillas con 4.7 por ciento y el dispositivo intrauterino con 4.0 por ciento. La prevalencia de uso de inyecciones fue de 3.3 por ciento y del ritmo 0.7 por ciento. La prevalencia de uso total y por tipo de método fue mayor entre las mujeres no indígenas; sin embargo, en éstas últimas se observó una prevalencia mayor de salpingoclasia (figura 10).

De las 34 usuarias activas o alguna vez usuarias de métodos anticonceptivos, utilizaron como método de elección la primera vez los siguientes: 26.5 por ciento,

hormonales orales; 20.6 por ciento, dispositivo intrauterino; 23.5 por ciento, hormonales inyectables; 2.9 por ciento, el ritmo; y 26.5 por ciento, el método quirúrgico.

Embarazos actuales

Del total de mujeres entrevistadas, 14.7 por ciento estaban embarazadas al momento de la entrevista. No se observaron diferencias en este porcentaje entre mujeres indígenas (14.7%) y no indígenas (14.9%).

Número de hijos vivos

De las mujeres entrevistadas, 44.3 por ciento refirió de 3 a 5 hijos vivos en el momento de la entrevista; 34.4 por ciento de 1 a 2 hijos vivos y 19.8 por ciento de 6 a 11 hijos vivos. La distribución entre la población indígena y no indígena fue similar (figura 11).

Edad de la primer unión, lengua indígena y uso de métodos anticonceptivos

En el cuadro 4, se puede observar que entre las mujeres unidas 69.4 por ciento hablan lengua indígena; entre ellas, 80.7 por ciento correspondieron a nunca usuarias y el resto, 19.4 por ciento a alguna vez usuarias de métodos anticonceptivos. En el grupo de mujeres que no hablan lengua indígena (30.6%), el 73.6 por ciento fueron nunca usuarias y el resto 26.4 por ciento alguna vez usuarias.

Entre las mujeres **nunca usuarias** de métodos anticonceptivos, el 74.1 por ciento de las que hablan lengua indígena, iniciaron su vida sexual entre los 12 y 17 años de edad. Entre las que no hablan lengua indígena, el porcentaje de unión temprana (12 a 17 años de edad) fue de 25.9 por ciento.

En los grupos de mujeres **alguna vez usuarias** del mismo cuadro, la edad de unión entre 12 y 17 años fue de 56.3 por ciento para las que hablan lengua indígena y de 43.8 por ciento para las que no hablan lengua indígena.

Tasas globales de fecundidad

Los resultados reportaron una TGF para las seis localidades estudiadas de 5.7 hijos en promedio para cada mujer al final de su vida reproductiva. Al interpretar el cuadro 5, se puede observar que el grupo de mujeres de 20 a 24 años de edad es el que tiene la tasa de fecundidad específica por edad más alta, presentándose aproximadamente 27 nacimientos por cada cien mujeres de ese grupo de edad (cuadro 5).

Tgf y lengua indígena

La TGF entre las mujeres que hablan lengua indígena fue de 6.40 nacimientos al final de la vida reproductiva y de 3.38 entre las mujeres que no hablan lengua indígena, independientemente del uso o no de métodos anticonceptivos. La diferencia entre las mujeres que hablan lengua indígena y las mujeres que no hablan lengua indígena fue de 3.02 hijos. En el cuadro 6, se puede observar que el porcentaje de nacimientos en mujeres menores de 20 años fue de 25.0 por ciento entre las mujeres que hablan lengua indígena y de 0.0 entre las que no hablan lengua indígena. Este comportamiento reproductivo es congruente con la menor edad de unión entre las mujeres de habla indígena y en conjunto, podrían estar explicando su elevada tasa global de fecundidad. En el resto de los grupos de edad, las tasas específicas de fecundidad son siempre menores entre las mujeres que no hablan lengua indígena.

Tgf y uso de métodos anticonceptivos

El análisis de estas variables -nunca usuarias y alguna vez usuarias- reportó que la TGF entre las mujeres nunca usuarias de métodos anticonceptivos fue de 6.18 y para las mujeres alguna vez usuarias de 3.81; lo anterior nos demuestra que las mujeres nunca usuarias tienen 2.37 hijos más en promedio que las mujeres alguna vez usuarias (cuadro 7).

Al desglosar por grupos de edad, se puede observar que entre las mujeres nunca usuarias de métodos anticonceptivos, las correspondientes a los primeros tres grupos de edad reportados (15 a 19, 20 a 24 y 25 a 29 años de edad) tienen tasas específicas de

fecundidad por edad de 24 nacimientos por cada cien mujeres nunca usuarias. Entre las mujeres alguna vez usuarias, se reportan tasas específicas menores, que varían de 11 a 33 nacimientos por cada 100 mujeres usuarias (cuadro 7).

En la figura 13, se observa que entre las mujeres nunca usuarias de métodos anticonceptivos las tasas específicas de fecundidad se conservan muy elevadas desde los 15 años de edad, hasta los 34 y luego descienden en una curva suave. Entre las usuarias alguna vez de métodos anticonceptivos, se presenta la mayor tasa de fecundidad específica en el grupo de 20 a 24 años y luego desciende en una curva pronunciada. Esta diferencia en el comportamiento de las tasas específicas de fecundidad por grupos de edad, se explica posiblemente por el uso de métodos anticonceptivos, lo que a su vez, explicaría las enormes diferencias en las Tasas Globales de Fecundidad entre mujeres usuarias alguna vez y nunca usuarias de métodos anticonceptivos.

Tgf y uso de métodos en mujeres que hablan lengua indígena.

Para las mujeres indígenas unidas no usuarias se encontró una TGF de 6.81 y para las mujeres indígenas unidas usuarias fue una TGF de 4.72 hijos por mujer al final de su vida reproductiva. La diferencia entre ambos grupos es de 2.09 hijos, reportándose un porcentaje de 27 nacimientos por cada 100 mujeres para el grupo de edad de 15 a 19 años para las mujeres indígenas unidas no usuarias y de 17 nacimientos por cada 100 mujeres para ese grupos de edad en las indígenas unidas usuarias (Cuadro 8).

En cuanto a las mujeres que no hablan lengua indígena se encontró una TGF de 3.26 entre las unidas no usuarias y de 2.08 para las mujeres alguna vez usuarias, con una diferencia entre ambos grupos de 1.18 hijos.

Los datos anteriores muestran que entre las mujeres no indígenas la TGF es significativamente menor que entre las mujeres indígenas independientemente del uso de métodos anticonceptivos. También señalan que la diferencia en la TGF entre las mujeres nunca usuarias y alguna vez usuarias de métodos anticonceptivos es mayor entre las mujeres indígenas por lo que podría atribuirse en este grupo de población un mayor impacto del uso de los métodos anticonceptivos sobre la fecundidad.

Tgf y escolaridad

La TGF de las mujeres sin escolaridad fue de 5.99 hijos al final de su vida reproductiva, mientras que para las mujeres con escolaridad fue de 3.69 hijos para cada una de ellas al final de su vida reproductiva. Por otra parte, entre las mujeres de 15 a 19 años, el porcentaje de nacimientos por cada l00 mujeres fue 33 para las mujeres sin escolaridad y de 15 nacimientos por cada l00 mujeres para el grupo de mujeres con escolaridad. En general, se observan tasas específicas de fecundidad más elevadas en todos los grupos de edad para las mujeres sin escolaridad (cuadro 9).

Tgf y marginación

No se encontró correlación entre el índice de marginación de las localidades y la TGF. Para las poblaciones de media y alta marginación se encontró una TGF de 5.3 hijos por mujer al final de su vida reproductiva y una TGF de 6.l3 para las mujeres de poblaciones de baja marginación (cuadro 10). Lo anterior sugiere que los determinantes de la TGF al interior de las localidades son independientes de los indicadores de marginación como infraestructura de servicios públicos, de vivienda y los niveles de empleo.

CUADROS

Cuadro 1 Localidades seleccionadas, tamaño estimado de muestra y método de selección de las viviendas. Las Margaritas, Chiapas, 1995.

Nivel de marginación	Nombre de la población	Número de habitantes	Tamaño de la muestra	Método de selección
Muy baja (rural)	Colonia Ignacio Allende	365	20 mujeres	aleatorio simple
Baja (rural)	San José Las Palmas	510	25 mujeres	aleatorio simple
Media (rural)	Rafael Ramírez	626	33 mujeres	aleatorio simple
Alta (rural)	Santa Rita Sonora	431	20 mujeres	aleatorio simple
Muy alta (rural)	San Rafael	168	12 mujeres	aleatorio simple
Media (urbana)	Barrio de Los Pocitos	1 700	40 mujeres	sistemático
Total	5 localidades y un barrio	3 800	150 mujeres	aleatorio y sistemático

Cuadro 2. . Población encuestada por localidad, Mpio Las Margaritas, Chiapas, México 1995.

Localidad	# de mujeres	Porcentaje
Col. Ignacio Allende	40	26.7
San José las Palmas	12	8.0
Rafael Ramírez	25	16.7
Sta. Rita Sonora	20	13.3
San Rafael	10	6.7
Barrio Los Pocitos	22	14.7
Francisco y Madero	21	14.0
Total	**150**	**100.0**

Cuadro 3. Condiciones de las viviendas, Mpio Las Margaritas, Chiapas, México 1995.

Concepto	Número de viviendas	Porcentaje
Hacinamiento		
1-3 per/dormitorio	44	29.3
3 o más per/dormitorio	106	70.7
Cuartos dormitorios		
1	88	58.7
2	47	31.3
3 y más	15	10.0
Paredes		
Madera, tejamanil, tabla	96	64.0
Tabique, ladrillo	46	30.7
Otros materiales	8	5.3
Piso		
Tierra	103	68.7
Cemento o concreto	47	31.3
Techo		
Lamina de Asbesto	103	68.7
Teja	29	19.3
Otros materiales	18	12.0
Agua entubada		
No	133	88.7
Excusado y/o letrina		
Si	113	75.3
Drenaje		
No	96	85.0
Electricidad		
Si	104	69.3

Cuadro 4 . Edad a la primera relación según lengua indígena y uso de métodos anticonceptivos, Mpio. Las Margaritas, Chiapas, 1995.

	MUJERES QUE HABLAN LENGUA INDIGENA (n=93, 69.4 %)		MUJERES QUE NO HABLAN LENGUA INDIGENA (n=34, 30.6 %)	
edad a la primera unión	nunca usuarias n^1=75	alguna vez n^3=18	nunca usuarias n^2=25	alguna vez n^4=16
12-17	74.14	56.25	25.86	43.75
18-19	70.59	54.55	29.41	45.45
20-24	90.48	25.0	9.52	75.00
25-29	25.00	50.0	75.00	50.00
30 y más	0.00	100.0	0.00	0.00

Cuadro 5. Tasas específicas de fecundidad por edad para el periodo 1993-1995, Mpio. Las Margaritas, Chiapas 1995.

GRUPOS DE EDAD	TGF
15 - 19	0.21
20 - 24	0.27
25 - 29	0.23
30 - 34	0.18
35 - 39	0.13
40 - 44	0.04
45 - 49	0.08
Total	1.14
TGF	5.70

Cuadro 6. Tasas específicas de fecundidad por edad, según lengua indígena. Mpio. Las Margaritas, Chiapas 1995.

GRUPOS DE EDAD	HABLA LENGUA INDIGENA	NO HABLA LENGUA INDIGENA
15 - 19	0.25	0.00
20 - 24	0.29	0.24
25 - 29	0.23	0.21
30 - 34	0.22	0.11
35 - 39	0.17	0.00
40 - 44	0.07	0.11
45 - 49	0.06	0.00
Total	1.28	0.68
TGF	6.40	3.38

Cuadro 7. **Tasas específicas de Fecundidad por edad según usos de métodos anticonceptivos. Mpio. Las Margaritas, Chiapas 1995.**

GRUPOS DE EDAD	NUNCA USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	ALGUNA VEZ USUARIAS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS
15 - 19	0.24	0.11
20 - 24	0.24	0.33
25 - 29	0.24	0.11
30 - 34	0.22	0.11
35 - 39	0.14	0.10
40 - 44	0.06	0.00
45 - 49	0.10	0.00
Total	1.24	0.76
TGF	6.18	3.81

Cuadro 8. **Tasas específicas de fecundidad por edad entre mujeres indígenas, según categoría de uso de métodos anticonceptivos. Mpio. Las Margaritas, Chiapas 1995.**

GRUPOS DE EDAD	MUJERES INDIGENAS UNIDAS NO USUARIAS	MUJERES INDIGENAS UNIDAS USUARIAS
15 - 19	0.27	0.17
20 - 24	0.27	0.33
25 - 29	0.25	0.11
30 - 34	0.24	0.17
35 - 39	0.17	0.17
40 - 44	0.11	0.0
45 - 49	0.06	0.0
Total	1.36	0.94
TGF	6.81	4.72

Cuadro 9. Tasas específicas de fecundidad por edad según grado de escolaridad. Mpio. Las Margaritas, Chiapas 1995.

GRUPOS DE EDAD	SIN ESCOLARIDAD	CON ALGUN GRADO DE ESCOLARIDAD
15 - 19	0.33	0.15
20 - 24	0.25	0.17
25 - 29	0.25	0.14
30 - 34	0.17	0.15
35 - 39	0.10	0.13
40 - 44	0.10	0.00
45 - 49	0.00	0.00
Total	1.20	0.74
TGF	5.99	3.69

Cuadro 10. Tasas específicas de fecundidad por edad, según índice de marginalidad de la localidad. Mpio. Las Margaritas, Chiapas 1995.

GRUPOS DE EDAD	POBLACIONES DE MEDIA Y ALTA MARGINACION	POBLACIONES DE BAJA MARGINACION
15 - 19	0.20	0.25
20 - 24	0.32	0.19
25 - 29	0.21	0.24
30 - 34	0.21	0.14
35 - 39	0.13	0.13
40 - 44	0.00	0.11
45 - 49	0.00	0.17
Total	1.06	1.23
TGF	5.3	6.13

FIGURAS

Figura 1. Comparación de las estructuras de población por sexo y edad,
Municipio de Las Margaritas, Chiapas, 1995

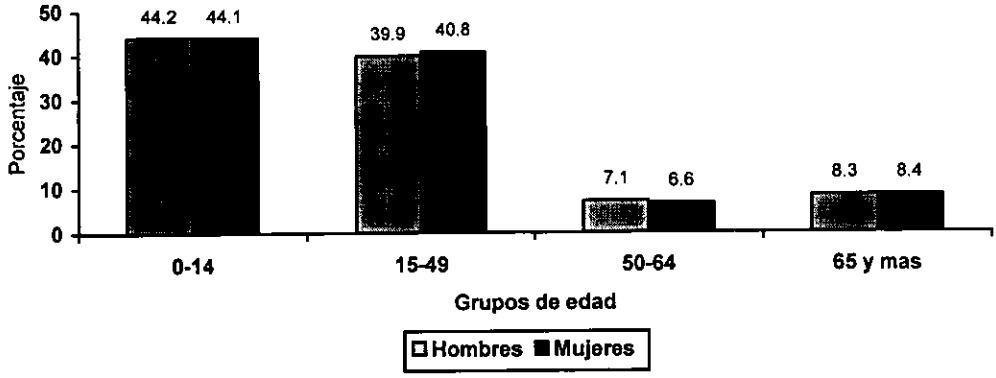


Figura 2. Distribución de la población de mujeres en edad fértil por grupos quinquenales de edad, según etnia. Las Margaritas, Chiapas, 1995

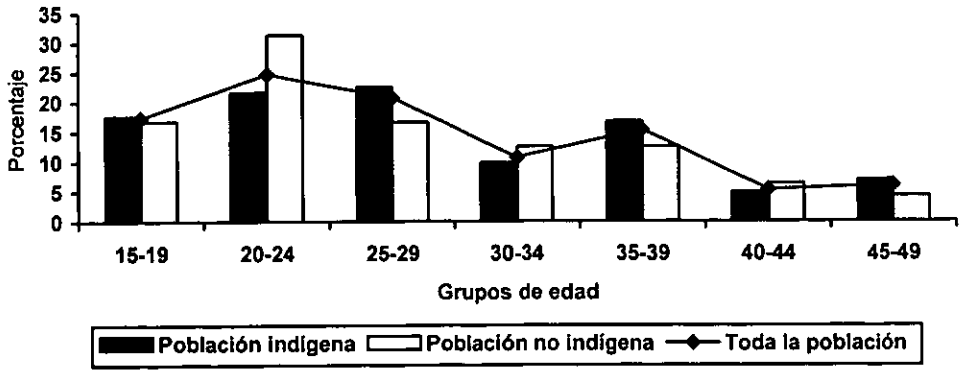


Figura 3. Distribución de la población de mujeres en edad fértil por tipo de religión, según etnia. Las Margaritas, Chiapas, 1995

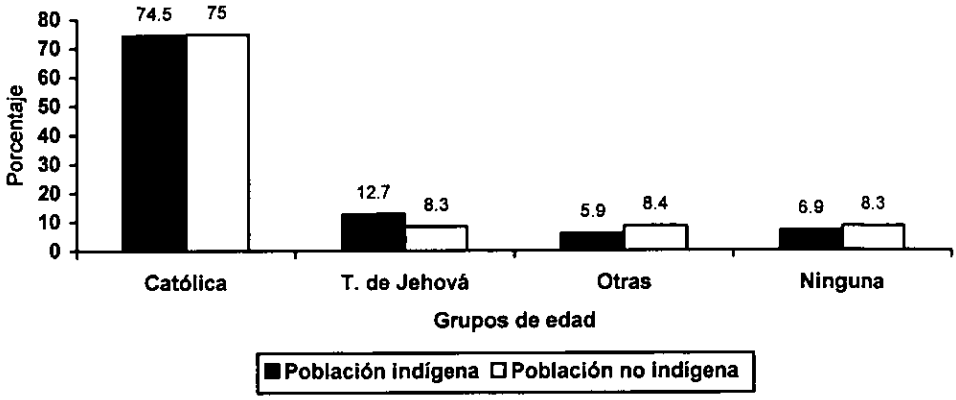


Figura 4. Distribución de la población de mujeres en edad fértil por estado civil, según etnia. Las Margaritas, Chiapas, 1995

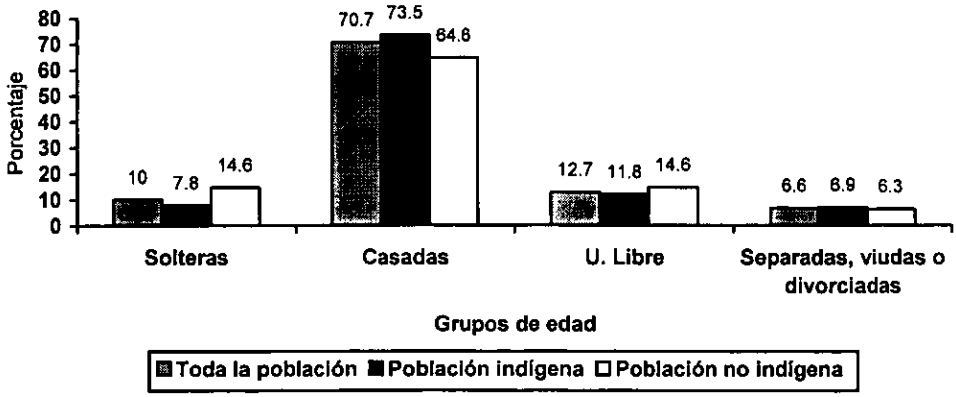


Figura 5. Distribución de la población de mujeres en edad fértil por tipo de familia, según etnia. Las Margaritas, Chiapas, 1995

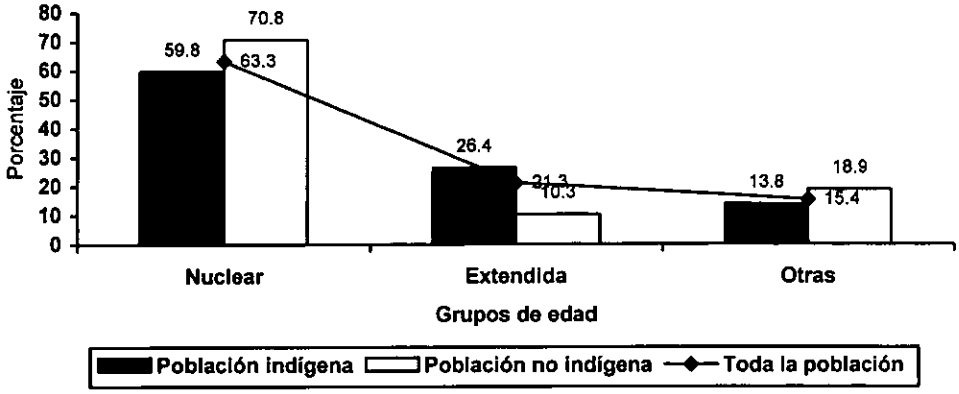


Figura 6. Distribución de la población de mujeres en edad fértil por escolaridad, según etnia. Las Margaritas, Chiapas, 1995

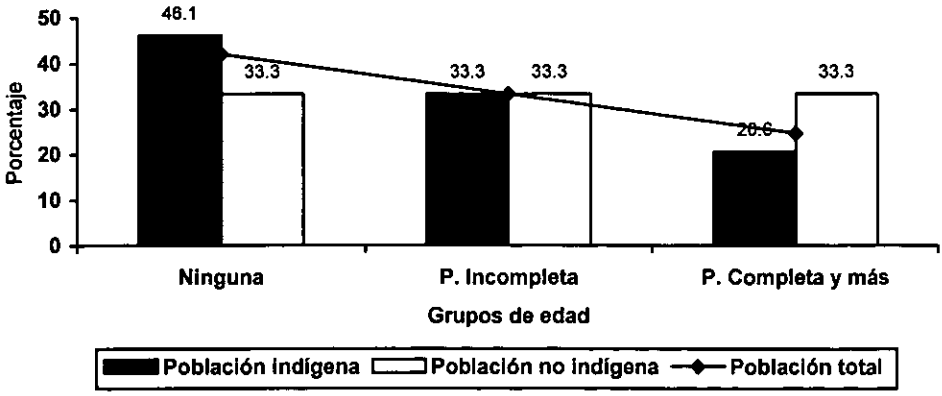


Figura 7. Distribución de la población de mujeres en edad fértil por tipo de servicios médicos a los que acuden cuando enferman, según etnia. Las Margaritas, Chiapas, 1995

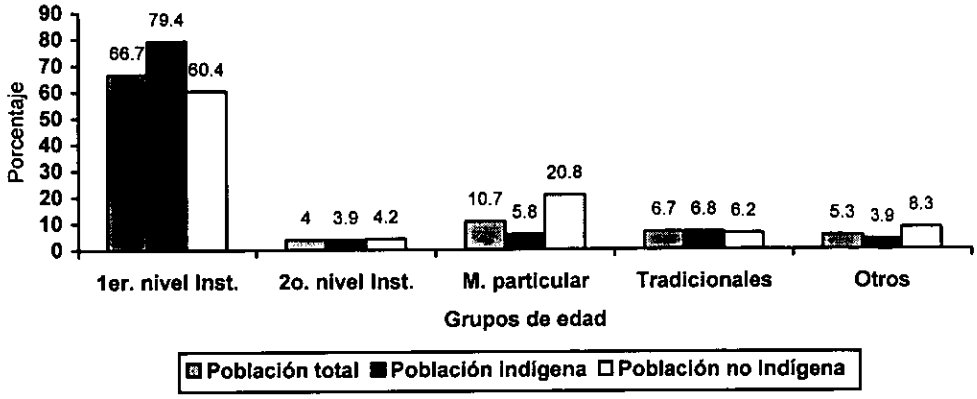


Figura 8. Distribución de la población de mujeres en edad fértil por edad a la primera unión, según etnia. Las Margaritas, Chiapas, 1995

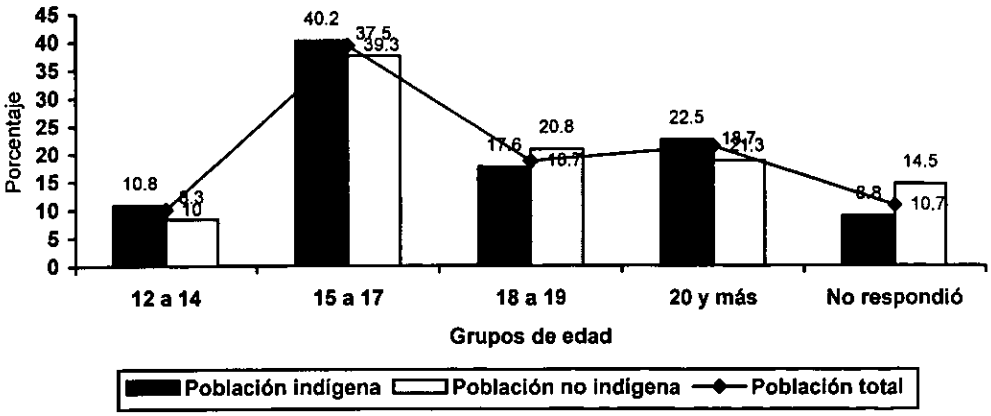


Figura 9. Distribución de la población de mujeres en edad fértil por el número de hijos deseado, según etnia. Las Margaritas, Chiapas, 1995

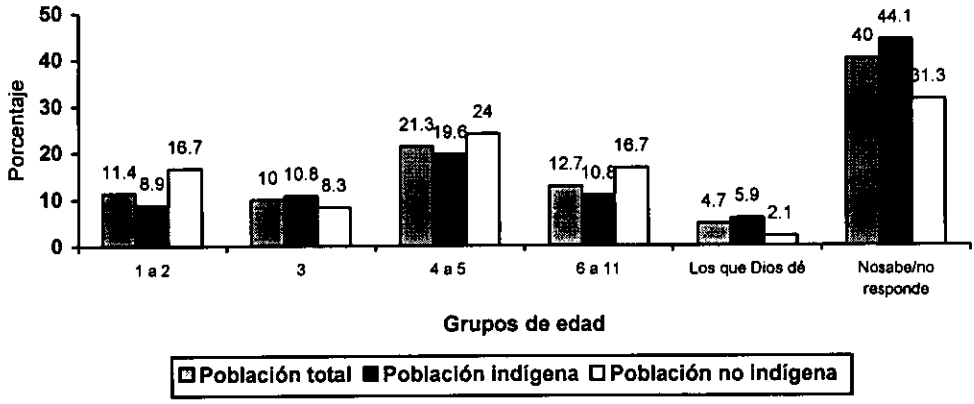


Figura 10. Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre mujeres en edad fértil, por tipo de método, según etnia. Las Margaritas, Chiapas, 1995

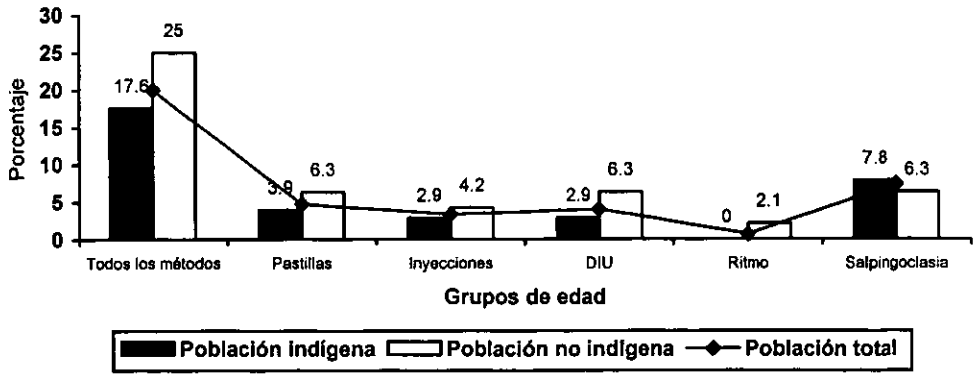
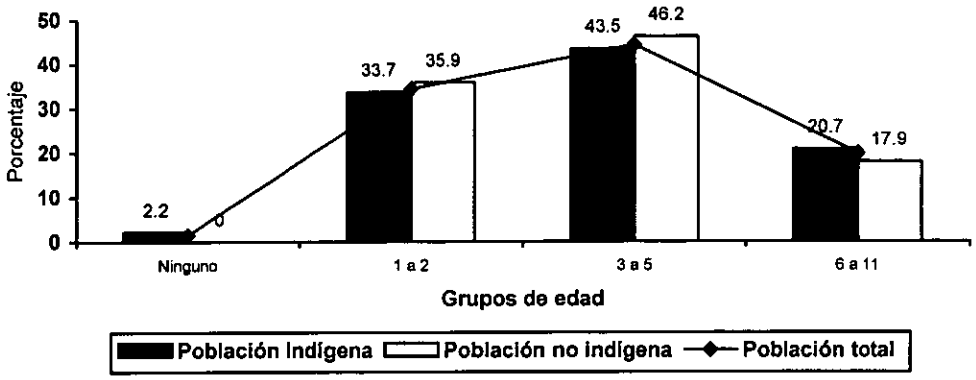


Figura 11. Distribución de las mujeres en edad fértil según número de hijos vivos al momento de la entrevista, por etnia. Las Margaritas, Chiapas, 1995



DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó principalmente con información del comportamiento reproductivo de mujeres indígenas, y esto implica la limitación de que son muy pocos los estudios recientes que hablen sobre Fecundidad y Mujeres Indígenas, por lo tanto, la siguiente discusión de los resultados únicamente hace relación a las publicaciones que se encontraron.

Los resultados obtenidos en este estudio, muestran que las hipótesis planteadas inicialmente son correctas; es decir, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es 2.5 veces menor (20.0%) que la estimada para la población mestiza de Chiapas en 1992 (49.9%)[7]. Asimismo se observó que entre la población indígena la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos fue inferior (19.4%) en 36.1 por ciento a la de la población no indígena (26.4%), sin embargo, estas cifras son bajas en ambas poblaciones.

Al comparar los resultados de anticoncepción de la población indígena tojolabal de nuestro estudio con los de la investigación realizada entre población indígena Tzeltal y Tzotzil en 1993 en la entidad por otro autor previamente citado en los antecedentes, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos fue similar (12.0 por ciento entre tzotziles y 24.3 por ciento para tzeltales).

En relación a la fecundidad, la TGF obtenida (5.70) es superior en 1.1 hijos por mujer al promedio estatal estimado y reportado por Cervera en 1992 (4.60). En forma similar al comportamiento observado para el uso de métodos anticonceptivos, la TGF entre la población indígena fue superior (6.40) en 3.02 hijos por mujer a la de la población no indígena (3.38). Las diferencias en las TGF entre ambas poblaciones son superiores a las diferencias observadas en el uso de métodos anticonceptivos, por lo que éste no explicaría en su totalidad la diferencia en la TGF. Aún cuando no se observaron diferencias en la edad a la primera unión entre las mujeres indígenas y no indígenas, el porcentaje de nacimientos entre mujeres menores de 18 años fue significativamente diferente (25 por ciento entre las mujeres indígenas y 0 por ciento entre las mujeres no indígenas).

Los resultado anteriores plantean varias hipótesis: a) las mujeres no respondieron correctamente a la pregunta sobre la edad a la primera unión; b) las mujeres indígenas tienen un comportamiento reproductivo diferente al de las mujeres no indígenas con un patrón de reproducción rápido; es decir, inician a edades tempranas con muy cortos intervalos intergenésicos, c) las mujeres no indígenas aún cuando se unen a edades tempranas retrasan el primer embarazo probablemente utilizando métodos anticonceptivos.

Algunos datos que parecen aclarar estas interrogantes aparecen al estratificar los resultados de acuerdo a la categoría de uso alguna vez o nunca uso de métodos anticonceptivos. Entre las mujeres nunca usuarias indígenas el 74.1 por ciento iniciaron su vida sexual entre los 12 y 17 años de edad; en contraparte, entre las mujeres nunca usuarias no indígenas el porcentaje de unión temprana fue de 25.9 por ciento. Estos resultados sugieren que existe una combinación de efectos entre el uso de métodos anticonceptivos y la edad a la primera unión.

Entre la población indígena, se observó que además de la baja prevalencia de uso de métodos anticonceptivos se agrega una edad temprana de unión entre las nunca usuarias; el resultado es una TGF muy elevada, entre la población no indígena, los resultados sugieren que existe una autoselección de las mujeres con mayor fertilidad para el uso de métodos anticonceptivos, aún cuando éste es todavía muy bajo. En este grupo, el porcentaje de mujeres nunca usuarias que se une a edades tempranas es también relativamente bajo y éste afecta de manera importante a la TGF que es aproximadamente la mitad de la registrada entre la población indígena.

Los niveles de marginación de las localidades de origen no se correlacionaron con la TGF. Esto puede deberse a que en la construcción de los indicadores de marginación se incluyeron variables como infraestructura de servicios públicos y empleo, que no parecen afectar el comportamiento de la fecundidad. Sin embargo, se observaron diferencias importantes según el nivel de escolaridad de las mujeres. En nuestro estudio se observó que entre las mujeres sin escolaridad la TGF fue de 5.99 hijos, mientras que entre las mujeres con algún grado de escolaridad fue de 3.69. El porcentaje de nacimientos entre las mujeres de 15 a 19 años fue de 33 para las mujeres sin escolaridad y de 15 para las mujeres con algún grado de escolaridad. Esta variable tiene un comportamiento diferente

entre la población indígena y no indígena, en detrimento de la primera, lo que también podría explicar las diferencias observadas en los niveles de fecundidad.

Respecto al acceso a los servicios de salud, se observó que no constituye un factor determinante en el uso o no de métodos anticonceptivos, ya que la población indígena con mayor acceso a los servicios institucionales de salud tiene una menor prevalencia de uso. Las expectativas en el número de hijos, la capacidad de decisión de las mujeres sobre el uso de métodos anticonceptivos y los niveles de escolaridad, entre otros factores, podrían estar ligados fuertemente a los patrones culturales de la población indígena, con las repercusiones que ya hemos señalado. Por otra parte, aún cuando entre la población no indígena la fecundidad es menor y la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es mayor, todavía resulta deficiente en relación con la media estatal.

El programa de planificación familiar con 6 años de instrumentado, ahora incluido en el programa de salud reproductiva es relativamente reciente en la región lo que podría explicar en parte las prevalencias tan bajas encontradas en esta población; sin embargo, los factores ligados a las condiciones de elevada marginación en que se encuentran, como la edad temprana de unión, baja escolaridad y falta de expectativas de las mujeres más allá de sus funciones reproductivas constituyen el elemento más importante en el comportamiento reproductivo.

Este mismo programa no podrá por si solo lograr una modificación de las actitudes hacia la reproducción y éste deberá de acompañarse de transformaciones importantes en la forma de pensar de la población.

Por último, aún cuando los resultados no son extrapolables a todo el municipio, dadas las características del muestreo utilizado, aportan estimadores de fecundidad y anticoncepción que podrían ser similares para la población de todo el municipio, dado que comparte características culturales y socioeconómicas similares.

CONCLUSIONES

El presente trabajo de tesis se enmarcó dentro de la metodología epidemiológica clásica, sin embargo debido a que se adolecía de todos los recursos humanos, financieros y logísticos necesarios, se hizo con el tamaño mínimo de muestra y sólo en algunas de las comunidades. Las entrevistas se realizaron en la lengua materna de la entrevistada, el cuestionario no se tradujo al tojolabal. Otro problema fue la accesibilidad de las carreteras ya que la encuesta se aplicó en época de lluvia (agosto-septiembre) del año 1995.

Los resultados nos permiten observar diferencias significativas por una parte entre nuestra población de estudio y la del Estado en general. En cuanto a tasas globales de fecundidad y de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, se estableció a la vez las diferencia entre población indígena y no indígena haciéndose más notable un exceso de fecundidad entre población indígena sin escolaridad y de áreas rurales de mas alta marginación. A semejanza de datos obtenidos en encuestas demográficas nacionales los factores socioeconómicos y étnicos influyen para el uso o no de métodos anticonceptivos y en el deseo de regular la fecundidad. Ya que poblaciones indígenas con menor acceso de servicios de salud y con concepciones culturales propias, con grados de escolaridad mínimos o nulos son las que registra la mas alta tasa de fecundidad y menos porcentaje de uso de métodos de planificación familiar, lo cual parece indicar que se debería de hacer un esfuerzo para aumentar el acceso y la calidad de los servicios de salud así como las actividades en materia de educación en ésta población. Asimismo, atender las demandas aun no cubiertas y eliminar costos asociados al uso de los métodos anticonceptivos, reconociendo además que los valores culturales cambian de manera mas lenta que los socioeconómicos lo cual puede significar que la planificación familiar no se extienda de manera muy importante en Estados donde los comportamiento tradicionales o religiosos están muy arraigados.

En relación con los estudios de fecundidad en población indígena, también se deben considerar la necesidad de profundizar en el estudio del comportamiento demográfico lo que obliga a la realización de encuestas como la presente que permitan captar las pautas reproductivas de sobrevivencia y movilidad geográfica en relación con factores

económicos, sociales y culturales respetando sus formas propias de organización y participación.

Para mejorar la extensión de cobertura en el área rural, es importante que las parteras empíricas y los promotores de salud, estén capacitados para la administración de métodos modernos de planificación y se articulen con las instituciones para la derivación de aplicaciones de DIU y método quirúrgico.

También es importante considerar que las acciones y los programas de planificación familiar actuales deben tomar en cuenta el concepto mas amplio de salud reproductiva y además reconocer las necesidades sexuales y reproductivas de los directamente involucrados (La pareja), la composición de la unidad familiar y que las acciones que involucren directamente al hombre partan de un mayor conocimiento de distintos contextos sociales y culturales de la función reproductiva y sexual así como de los ideales y responsabilidades de esta población masculina.

Se propone a partir de la presente investigación que: con base a esta experiencia se proponga la instrumentación diferencial de las políticas del programa de salud reproductiva, de acuerdo al tipo de mujer que llegue a consulta, si es indígena joven y con baja escolaridad darle su trato particular y si es indígena con escolaridad darle otro. Que no se pierdan oportunidades de transmitir la ofertación de los servicios de salud reproductiva a todas las mujeres en edad fértil sin importar el motivo de consulta, tal y como esta especificado en el Programa Nacional de Salud Reproductiva.

También, esta investigación puede dar elementos para que se realice otra más amplia y que retome las limitaciones observadas en la presente. Haciendo la recolección de la información en todas las unidades de salud móviles y no móviles donde se dan servicios y atenciones para obtener información epidemiológica básica que permita estimar los principales factores que determinan el no uso de los métodos y las altas tasas de fecundidad.

ANEXOS

CUESTIONARIO FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

EL COLEGIO DE LA FRONTERA SUR

ENCUESTA DE FECUNDIDAD Y MARGINACION

MUNICIPIO DE LAS MARGARITAS, CHIAPAS 1995

AL TERMINAR LA ENTREVISTA COMPLETA ANOTE EL NOMBRE DE LA MUJER ELEGIDA EN LA FAMILIA: _____

POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACION ANTES DE TOCAR LA PUERTA DE LA VIVIENDA ELEGIDA E INICIAR LA ENTREVISTA FOLIO |_|_|_|_|

LOCALIDAD:_____ |_|_|_|

DIRECCION: (Calle, camino, carretera, número exterior e interior. Detalle y ubique las referencias de localización del hogar, por ejemplo: norte, sur o junto a la escuela)

_____

_____

ENTREVISTADOR: _____

FECHA DE LA ENTREVISTA: |_|_|_|_|_|_|_|_|
Mes Día Año

NO OLVIDE COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACION DESPUES DE TERMINAR LA ENTREVISTA

RESULTADO DE LA VISITA:

NUMERO DE VIVIENDAS HABITADAS VISITADAS ANTES DE COMPLETAR LA ENTREVISTA: _____

(Anote las causas de no entrevista completa)

01. No hay mujeres elegibles
02. Nadie en casa
03. Ausentes temporales
04. Se negó a dar información
05. Informante inadecuado (con problemas de comunicación)
06. Informante no habla español
09. Otros (especifique): _____

AHORA, TOQUE LA PUERTA Y PRESÉNTESE EN LA FORMA QUE APARECE ABAJO

Buenos días (tardes), trabajo en el ISSSTE de Las Margaritas y estamos realizando un estudio para conocer algunos datos de salud de las mujeres para poder ofrecerles un mejor servicio, por lo que le voy a hacer algunas preguntas.

Los datos que nos proporcionen son confidenciales y se usarán exclusivamente con fines estadísticos, es decir, nadie se va a enterar de lo que me digan.

1. ¿Cuántas personas viven en la casa contando hasta los niños pequeños y los ancianos? |_|_|

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

2. ¿Cuántos cuartos tiene esta casa, incluyendo la cocina? (anote) _____ |_|_|

88. No contesta
99. No sabe

3. ¿Cuántos cuartos utilizan para dormir? (anote) _____ |_|_|

88. No contesta
99. No sabe

(A continuación observe la casa y anote los datos correspondientes)

En su casa, ¿de qué material es la mayor parte de:

		MATERIALES
4. las paredes ?	I__I__I	1. Adobe 2. Tabique, ladrillo, tabicón, block 3. Madera, tejamanil, tableta, tablón 4. Tierra 5. Cemento o concreto 6. Mosaico y similares 7. Lámina de cartón 8 Lámina de asbesto o metálica 9 Teja 10. Piedra, cantera, canto rodado 11. Carrizo, bambú, zacate 12. Embarro o bajareque 13. Otros (especifique) _____ 14. No responde 15. No sabe
5. el piso ?	I__I__I	
6. el techo ?	I__I__I	

7. ¿Esta casa tiene agua entubada? I__I__I
   1. Sí
   2. No
8. ¿Esta casa tiene excusado? I__I
   1. Sí
   2. No

Si la respuesta es NO, pase a la pregunta 12

9. ¿Tiene drenaje? I__I
   1. Sí
   2. No

Si la respuesta es NO, pase a la pregunta 11

10. ¿A dónde va a dar su drenaje? I__I
    1. Conectado al de la calle
    2. Conectado a fosa séptica
    3. Con desagüe al suelo, a un río o a un lago
    4. No tiene drenaje
    8. No responde
    9. No sabe

11. ¿En esta casa se cuenta con energía eléctrica? I__I__I
    1. Sí
    2. No

12. ¿ Con qué se cocina en esta casa? I__I__I
    1. Leña
    2. Gas
    3. Leña y gas
    4. Otro _____
    8. No responde
    9. No sabe

13. ¿Cuántas veces comen carne las personas que viven aquí? I__I
    0. Nunca
    1. Diario
    2. Dos veces por semana
    3. Una vez por semana
    4. Una vez cada 15 días
    5. Una vez cada mes
    6. Menos de una vez al mes
    8. No responde
    9. No sabe

14. ¿Cuántas personas en la casa trabajan y reciben dinero por su trabajo? I__I__I

15. ¿Quién da la mayor parte del dinero para los gastos de la familia?
    _____ I__I__I

16. ¿Me podría dar los siguientes datos de cada una de las personas que viven en la casa, empezando del mayor al menor?

NUM.	NOMBRE	EDAD	SEXO	MUJERES ELEGIBLES Marque con una **X** a las mujeres de **15 a 49 años** y entrevístelas con el cuestionario individual
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

17. Total de mujeres de 15 a 49 años en la vivienda _____ |__|__|

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

DATOS GENERALES

1. Anote el nombre de la mujer entrevistada _____

2. ¿Cuántos años tiene? _____ |__|__|

3. ¿Cuál es su estado civil? |__|
   1. Soltera
   2. Casada
   3. Unión Libre
   4. Separada
   5. Divorciada
   6. Viuda
   8. No responde
   9. No sabe

4. ¿Con quién vive usted en su casa?
   1. Sola 1. |__|
   2. Padres 2. |__|
   3. Suegros 3. |__|
   4. Hermanos o hermanas 4. |__|
   5. Tíos o tías 5. |__|
   6. Otros parientes 6. |__|
   7. Esposo 7. |__|
   8. Hijos e hijas 8. |__|
   9. Amigos o amigas 9. |__|
   10. Otros _____ 10.|__|
   88. No responde 88.|__|
   99. No sabe 99.|__|

5. ¿Quién es el jefe o jefa del hogar? _____ |__|

6. ¿Habla alguna lengua indígena?
   1. Sí |__|
   2. No

SI LA RESPUESTA ES NO, PASE A LA PREGUNTA 8

7. ¿Qué lengua indígena? |__|
   1. Tzotzil
   2. Tzeltal
   3. Tojolabal
   4. Otra _____
   8. No contesta
   9. No sabe

8. ¿Qué religión tiene? |__|
   1. Católica
   2. Protestante
   3. Testigo de Jehová
   4. Otra _____
   5. Ninguna
   8. No contesta
   9. No sabe

9. ¿Hasta que grado estudió? |__|__|
   1. Ninguno y no sabe leer ni escribir
   2. Ninguno pero sabe leer y escribir
   3. Menos de 3 años de primaria
   4. 3 a 5 años de primaria
   5. Terminó la primaria
   6. Terminó la secundaria o prevocacional
   7. Terminó la preparatoria o vocacional
   8. Terminó una carrera técnica
   9. Terminó una carrera profesional
   88. No responde
   99. No sabe

10. ¿Estudia actualmente? |__|
    1. Sí
    2. No

11. ¿Trabaja? |__|
    1. Sí
    2. No

SI LA RESPUESTA ES NO, PASE A LA PREGUNTA 14

12. ¿En qué trabaja? _____ |__|

13. ¿Cuánto gana al mes por su trabajo? _____ |__|__|

14. ¿Está asegurada en alguna institución de salud, como el Seguro Social, el ISSSTE o las Fuerzas Armadas ? |__|
    1. Sí
    2. No

SI LA RESPUESTA ES NO, PASE A LA PREGUNTA 16

15. ¿En qué institución está asegurada? |__|
    1. IMSS
    2. ISSSTE
    3. PEMEX
    4. Fuerzas Armadas
    5. Otra _____
    8. No responde
    9. No sabe

16. Por lo general, ¿A dónde acostumbra ir cuando se enferma y necesita que la atiendan? |__|__|
    1. Centro de salud
    2. Médico particular
    3. Clínica del IMSS
    4. Clínica del ISSSTE
    5. Hospital de la Secretaría de Salud
    6. Hospitales del IMSS, del ISSSTE, de la Fuerzas Armadas o PEMEX
    7. Farmacia
    8. Yerberos o curanderos, parteras o comadronas
    9. Otro _____
    88. No responde
    99. No sabe

17. Cuando se enferma de "enfermedades de la mujer" como dolores por la regla, retrasos u otros problemas, ¿A dónde acostumbra ir para que la atiendan? |__|__|
    1. No va a ningún lado
    2. Centro de salud
    3. Médico particular
    4. Clínica del IMSS
    5. Clínica del ISSSTE
    6. Hospital de la Secretaría de Salud
    7. Hospitales del IMSS, del ISSSTE, de la Fuerzas Armadas o PEMEX
    8. Farmacia
    9. Yerberos o curanderos, parteras o comadronas
    10. Otro _____
    77. No tiene ese tipo de problemas/ no aplica
    88. No responde
    99. No sabe o no aplica

18. ¿Hay algún centro de salud o clínica en su comunidad? |__|
    1. Sí
    2. No

19. ¿Cuánto tarda de su casa al centro de salud o clínica más cercano? |__|__| |__|__|
    Horas Minutos

20. ¿En qué medio se transporta? |__|
    1. Caminando, a pié
    2. A lomo de bestia (burro, caballo)
    3. En coche, camión o camioneta propios
    4. En coche, camión o camioneta prestados o alquilados
    5. En Motocicleta
    6. en bicicleta
    7. Otro _____
    8. No responde
    9. No sabe

ANTICONCEPCION

21. ¿Cuántos años tenía cuando empezó a vivir en pareja por primera vez? _____ |__|__|

22. ¿Cuántos niños piensa tener? _____ |__|__|
    77. No sabe/ no está segura
    78. Todos los que Dios le dé
    99. No responde

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

23. Desde que empezó a vivir en pareja, ¿Qué ha usado o hecho usted o su pareja para no tener hijos o para retrasar un embarazo?

1. Nada 1. |__|
2. Ha tomado pastillas 2. |__|
3. Se ha puesto inyecciones 3. |__|
4. Se ha puesto el dispositivo 4. |__|
5. Su pareja ha usado condón 5. |__|
6. Ha seguido el método del ritmo 6. |__|
7. Otro _____ 7. |__|
8. No responde 8. |__|
9. No sabe 9. |__|

SI LA RESPUESTA ES NADA, PASE A LA PREGUNTA 35

24. ¿Cuántos métodos anticonceptivos diferentes ha utilizado en total? _____ |__|__|

25. En cuanto a los métodos que ha utilizado, ¿me podría decir cuál utilizó primero (después)... último?

CARACTERISTICAS	PASTILLAS	DIU	INYECCIONES	CONDON	RETIRO	RITMO	SALPINGOCLASIA	OTROS
26. Enumerar por secuencia de uso (1,2,3,4, etc)								
27. Por lo general, ¿dónde lo conseguía?								
28. Durante cuanto tiempo lo usó?								
29. ¿Cuál fue el motivo para dejar de usarlo?								
30. ¿Se embarazó durante su uso? (1=SI 2=NO)								

31. ¿Está actualmente embarazada? |__|
1. Sí
2. No

SI LA RESPUESTA ES SI PASE A LA PREGUNTA 39

32. En el último mes, ¿Qué método anticonceptivo ha usado? |__|
1. Ninguno
2. Ha tomado pastillas
3. Se ha puesto inyecciones
4. Se ha puesto el dispositivo
5. Su pareja ha usado condón
6. Ha seguido el método del ritmo
7. Otro _____
8. No responde
9. No sabe

SI LA RESPUESTA ES NINGUNO, PASE A LA PREGUNTA 39

33. ¿Piensa cambiar de método anticonceptivo? |__|
1. Sí
2. No

34. ¿Qué método anticonceptivo piensa utilizar?
1. Pastillas
2. Inyecciones
3. DIU
4. Salpingoclasia
5. Condón
6. Ritmo
7. Retiro
8. Otro _____
9. No sabe/no responde

35. ¿Su pareja sabe que usted está utilizando algún método anticonceptivo? |__|
1. Sí
2. No

36. ¿Acudió a ver a alguien, para que le dijeran que método anticonceptivo podía usar? |__|
1. Sí
2. No

SI LA RESPUESTA ES NO, PASE A LA PREGUNTA 39

37 ¿A quién fue a ver? |__|
1. Médico
2. Enfermera
3. Promotor de salud
3. Curandero o yerbero
4. Partera o comadrona
5. A la farmacia
6 Otro _____
8. No responde
9. No sabe

DE LAS GRACIAS

BIBLIOGRAFÍA

[1] SSA. Diagnóstico de Salud. Jurisdicción Sanitaria III, Comitán, Chiapas, 1995 (mimeo).
[2] Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. México.
[3] SSA. Informe Jurisdiccional de Salud Reproductiva, Jurisdicción Sanitaria III, Comitán, Chiapas, 1995 (mimeo).
[4] Op. Cit. SSA Diagnóstico de Salud. JS III.
[5] Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, 1994. México, SSA
[6] Reseña sobre Salud Materno Infantil y Planificación Familiar. Boletín de la Organización Panamericana de la Salud 1985; 99(3):227-228
[7] Secretaría de Programación y Presupuesto, Coordinación General del Sistema Nacional de Información. Encuesta Mexicana de Fecundidad, 1976.
[8] Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Planificación Familiar. Encuesta Nacional de Prevalencia de Uso de Métodos Anticonceptivos, 1979.
[9] Cervera Flores M, La fecundidad en 1993. Descenso de más de 50% en 20 años. Carta demográfica sobre México., Revista Demos 1994: pp.7.
[10] Consejo Nacional de Población. Encuesta Nacional Demográfica, 1982.
[11] Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud 1987, INEGI-CONAPO.
[12] Gomez-Dantes O, García-Nuñez J, Monitoreo y Evaluación de la calidad de los servicios de Planificación Familiar. Salud Pública Mex. 1994 ; 36 : 180-189.
[13] Op. cit., Gomez-Dantes O, García-Nuñez J, 1994.
[14] Op. cit., Gomez-Dantes O, García-Nuñez J, 1994.
[15] Figueroa Perea JG, Aparicio Jiménez RC, ANTICONCEPCION. El abandono de la anticoncepción . Carta Demográfica sobre Méx. 1991 ;04 :13-14.
[16] Zavala de Cosio ME, Tema de Fecundidad. Dos momentos en la Transición Demográfica., Revista Demos., pp.7., 1989.
[17] Welti-Chanes C, La fecundidad de las adolescentes mexicana., Revista Demos, pp. 10., 1989.
[18] Welti Chanes C, Fecundidad Adolescente. Implicaciones del inicio temprano de la maternidad. Carta Demográfica sobre Méx. 1995 ;08 :9-10.
[19] Cuellar O, La familia campesina., Revista Demos., pp. 9., 1990.
[20] Alarcón F, Mojarro O, Los retos del programa de planificación familiar. Revista Demos. pp. 12. 1991.
[21] Op.cit. Alarcón F, Mojarro O, 1991.
[22] Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Planificación Familiar. Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987
[23] Bellato G, Carreto L, Serrano E, Dinámica Demográfica de los Grupos Indígenas de Chiapas, en: Barrios W y Pons L. Sexualidad y Religión en los Altos de Chiapas. UNACH-CONACYT, México, 1995.
[24] La tasa global de fecundidad es una medida de resumen que expresa el número de hijos que al final de su vida reproductiva tendría una mujer si su fecundidad estuviera sujeta al nivel observado en las tasas específicas por edad en el momento en actual.
[25] Palma Cabrera Y, Suárez Morales J, Diferencias regionales en la práctica anticonceptiva. Carta demográfica sobre México 1994:39-40.
[26] Welti-Chanes C, Fecundidad un descenso más lento. Revista Demos de 1988., pp. 4

[27] Zuñiga-Herrera E, Fecundidad y Anticoncepción en el Campo. Revista Demos 1990. pp.6

[28] Bongaarts J, A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility. *Population and Development Review*, 1978; 4(3):105-132.

[29] Welti-Chanes C, La fecundidad en México, 1988.

[30] Valdez de Montaño LM, Hacia la expansión demográfica de los grupos étnicos., Revista Demos, pp. 17., 1989.

[31] Welti-Chanes C, Implicaciones del inicio temprano de la fecundidad, Revista Demos 1990. pp.10.

[32] Paz Gómez L, FECUNDIDAD. La fecundidad en el ámbito estatal en 1990. Carta demográfica sobre Méx. 1993 ;06: 6-7.

[33] Op. cit. Paz Gómez., 1993

[34] Paz Gómez L, FECUNDIDAD. Las diferencias significativas del número de hijos. Carta demográfica sobre Méx. 1995 ;08 :6-8.

[35] Op. cit. Carlos Welti Chanes., 1989.

[36] Op. cit., Carlos Welti., Fecundidad Adolescentes 1995.

[37] Cervera Flores M, La fecundidad en 1993., Op. cit., ibidem.

[38] Palma Cabrera Y, Suárez Morales J, Diferencias regionales en la práctica anticonceptiva. Op. cit., ibidem.

[39] Consejo Nacional de Población. Indicadores Socioeconómicos e Indice de Marginación Municipal, 1990. México, 1993.

[40] Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, 1995.

[41] Op. cit., CONAPO 1993.

[42] Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, publicado el 7 de febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación.