

Actitud hacia los métodos anticonceptivos y planeación familiar en mayores de edad de la Ciudad de México

GEORGINA LORENA MAZÓN GÓMEZ, ARANZA CASTILLO MARTÍNEZ

Resumen— Esta investigación se realizó con el objetivo de conocer la actitud hacia los métodos anticonceptivos y planeación familiar en mayores de edad de la Ciudad de México en relación con el estado civil que tienen, su nivel de escolaridad, su estatus socioeconómico y la religión que profesan si es que lo hacen, aunado a el nivel de práctica de la misma. Esta información fue recopilada a través de la aplicación de un instrumento tipo encuesta con 50 reactivos, los cuales fueron adaptados a un formato de respuesta de tipo Likert. Además, se tomó como base a el Objetivo 11 de Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas, donde se dice que se busca que haya ciudades y comunidades sostenibles se explica la relación de por qué esto no se puede llevar a cabo sin el uso adecuado de los métodos anticonceptivos y la planeación familiar.

I. INTRODUCCIÓN

Esta investigación, se abordará lo referente a la importancia de la consciencia y la actitud de la planeación familiar aunada a el uso de los métodos anticonceptivos, ya que la población ha ido en aumento en los últimos años y esto conlleva la problemática de que cada persona necesita de agua, alimento y energía y, en la medida que aumentan sus ingresos, se mueven hacia arriba en el árbol alimenticio. Por lo que, el desafío es más apremiante si se considera la tendencia de crecimiento urbano, que es explosiva y requiere nuevos sistemas de transporte, distribución de alimentos, alcantarillado y sistema educacional, entre otros.

Hoy en día es bien sabido que hay “fallas en el sector preventivo”, particularmente en materia de anticoncepción, que inciden en por lo menos una tercera parte de los casos de mortalidad materna, de acuerdo a datos de la Secretaría de Salud en el año 2018 [1]. Además de que como se ha difundido, en el caso de los adolescentes, el problema redunda en el inicio temprano de la actividad sexual sin una adecuada protección. Entonces se retoma la premisa inicial con la que comenzamos esta investigación de que la planificación familiar es una buena inversión y salva vidas ya cada año podría evitarse la muerte de mujeres si tuvieran acceso a métodos de planificación familiar, podría mejorar la calidad de vida de las familias del país de manera general, entre otros aspectos que más adelante se abordarán.

II MARCO TEÓRICO

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015-2030) son una iniciativa impulsada por Naciones Unidas para dar continuidad a la agenda de desarrollo tras los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Son 17 objetivos y 169 metas propuestos como continuación de los ODM incluyendo nuevas esferas como el cambio climático, la desigualdad económica, la innovación, el consumo sostenible, la paz y la justicia, entre

otras prioridades [2]. Tras un proceso de negociación sobre los ODS que involucró a 193 estados miembros de la ONU, el 25 de septiembre de 2015, los 193 líderes mundiales aprobaron en una cumbre celebrada en Nueva York en reunión plenaria de alto nivel de la Asamblea General una Agenda que lleva por título “Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” y que entró en vigor desde el 1 de enero de 2016 [3]. Así, que como ya se mencionaba, el Objetivo 11 de estos es el que en esta investigación nos concierne de manera principal, ya que en este se habla de que las ciudades son hervideros de ideas, comercio, cultura, ciencia, productividad, desarrollo social y mucho más, es decir, en el mejor de los casos, las ciudades han permitido a las personas progresar social y económicamente, pero además en los últimos decenios, el mundo ha experimentado un crecimiento urbano sin precedentes. En 2015, cerca de 4000 millones de personas vivía en ciudades y se prevé que ese número aumente hasta unos 5000 millones para 2030. Se necesita mejorar, por tanto, la planificación y la gestión urbanas para que los espacios urbanos del mundo sean más inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.

Ahora bien, son muchos los problemas que existen para mantener ciudades de manera que se sigan generando empleos y siendo prósperas sin ejercer presión sobre la tierra y los recursos. Los problemas comunes de las ciudades son la congestión, la falta de fondos para prestar servicios básicos, la falta de políticas apropiadas en materia de tierras, vivienda y el deterioro de la infraestructura.

Los problemas que enfrentan las ciudades, como la recogida y la gestión seguras de los desechos sólidos, se pueden vencer de manera que les permita seguir prosperando y creciendo, y al mismo tiempo aprovechar mejor los recursos y reducir la contaminación y la pobreza. Un ejemplo de esto es el aumento en los servicios municipales de recogida de desechos. El futuro que se quiere incluye ciudades de oportunidades, con acceso a servicios básicos, energía, vivienda, transporte y más facilidades para todos [4]. Aunado a eso, en lo relacionado a la planificación familiar y la anticoncepción cabe mencionar que en México las políticas públicas en materia de planificación familiar y anticoncepción se remontan a la década de los setenta, cuando la fecundidad y el crecimiento de la población alcanzaron los niveles más altos en la historia del país.

En sus primeros años de existencia, los programas públicos de planificación familiar se orientaron a reducir las tasas de fecundidad y a disminuir el crecimiento de la población. Más tarde las acciones se orientaron a mejorar la salud materna e infantil, y a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo, Egipto, en 1994, el objetivo principal ha sido asegurar el ejercicio de los

derechos sexuales y reproductivos de la población, con perspectiva de género y enfoque intercultural.

Hoy en día, la planificación familiar se concibe como un derecho humano que hace posible acceder a otros derechos como la salud, la educación y el disfrute de una mejor calidad de vida.

Los avances alcanzados durante casi cuatro décadas de políticas públicas son importantes, pero insuficientes, particularmente porque durante la primera década de este siglo prácticamente se estancó la cobertura del Programa, lo cual plantea grandes desafíos para poder atender las demandas y necesidades de la población con enfoque de derechos humanos, atendiendo las recomendaciones de importantes Conferencias Internacionales a las que nuestro país se ha sumado en el seno de las Naciones Unidas.

Para atender los retos y desafíos que se enfrentan en este campo de la salud y contribuir a lograr el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, se elaboró el presente Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018. En este documento, se han integrado las recomendaciones y observaciones de instituciones públicas de salud, organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas, investigadores, población usuaria de los servicios y personas interesadas en el tema. El primer acercamiento se obtuvo a través del "Foro Nacional de Consulta para la elaboración de los Programas de Acción Específicos 2013-2018", efectuado en la Ciudad de México el día cinco de noviembre de 2013.

El Programa de Acción Específico (PAE) Planificación Familiar y Anticoncepción, 2013-2018, tiene como finalidad contribuir a que la población disfrute de su vida sexual y reproductiva de manera informada, libre, satisfactoria, responsable y sin riesgos, mediante el desarrollo de estrategias y líneas de acción interinstitucionales en los tres órdenes de gobierno, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

El Programa reconoce los avances obtenidos a la fecha plantea alcanzar al final de la Administración tres objetivos para atender los principales rezagos en este campo de la salud pública: 1) incrementar el acceso efectivo a servicios y mejorar la calidad de la atención en planificación familiar y anticoncepción; 2) atender las necesidades específicas de planificación familiar y anticoncepción de la población, particularmente en grupos en situación de desventaja social, y 3) incentivar la paternidad activa y elegida y la responsabilidad del hombre en la planificación familiar y la anticoncepción [5].

Por otra parte, en los últimos veinte años, el porcentaje de mujeres con acceso a métodos anticonceptivos ha aumentado, tanto en países desarrollados como en desarrollo. Las Naciones Unidas informan que, en 2011, más de un 63 por ciento de las mujeres en edades que van desde los 14 a los 49 años estaban usando alguna forma de anticoncepción, en comparación con el 54 por ciento en 1990. Esto ha aumentado las oportunidades de las mujeres para elegir cuándo y cuántos hijos quieren tener, lo que puede tener un impacto positivo no solo en su derecho a la salud, sino también en su derecho a la educación, al trabajo y a un adecuado nivel de vida entre otros derechos humanos.

A pesar de estos avances, millones de mujeres siguen sin acceso a los métodos anticonceptivos modernos. De acuerdo con lo informado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, las estadísticas recientes muestran que, de los 867

millones de mujeres en edad de procrear en los países en desarrollo, que requieren métodos anticonceptivos modernos, 222 millones no tienen acceso a ellos. Asimismo, en los países desarrollados, millones de mujeres se ven enfrentadas a obstáculos económicos, sociales y culturales para tener acceso a métodos anticonceptivos y servicios de planificación familiar, y carecen de información y educación sobre ellos. Toda política o programa destinado a aumentar el acceso a la anticoncepción, debe garantizar que las necesidades de toma de decisión de las mujeres sean el centro de la discusión [6].

Se calcula que en los países en desarrollo unos 214 millones de mujeres en edad fértil desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo moderno. Algunos métodos de planificación familiar, como los preservativos, ayudan a prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. La planificación familiar y los anticonceptivos reducen la necesidad de recurrir al aborto, en especial, al aborto peligroso. La planificación familiar refuerza el derecho de las personas a decidir el número de hijos que desean tener y el intervalo de los embarazos. La planificación familiar y el uso de anticonceptivos previenen la muerte de madres y niños, al evitar los embarazos no deseados. [10].

Otro aspecto relevante a mencionar relacionado con el tema de esta investigación, es el del acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México ya que el embarazo adolescente es un importante problema de salud en México y en todo el mundo, por su morbilidad y mortalidad, así como por los problemas sociales que genera. Los adolescentes suelen tener significaciones sobre la sexualidad que provienen de discursos de sus referentes cercanos: en el caso de las mujeres, de sus madres, tías, hermanas, y en el de los hombres, de sus padres; ambos tienden a replicar esto en sus relaciones. En los planteamientos para mejorar el acceso de los adolescentes a los servicios de salud, se incluyen los siguientes aspectos: asegurar el derecho legal a la confidencialidad y privacidad; establecer servicios de calidad centrados en sus necesidades, e incluir la participación juvenil en el diseño y la prestación de servicios. Existen evidencias en México sobre la importancia de los anticonceptivos entre los adolescentes. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (Ensanut 2012) se da cuenta del aumento en el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en esta población, así como el incremento del número de adolescentes que inician una vida sexual activa (23%), entre los cuales, 14.7% de los hombres y 33.4% de las mujeres no utilizaron algún método en la primera relación sexual. En la misma encuesta, 32.7% de los adolescentes refieren haber obtenido los condones gratuitamente en el sistema de salud (con un promedio de 7.7 preservativos al año), donde el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) aparece como principal proveedor [7].

Pero además de esto, están las actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes y donde llama la atención el hecho de que, aproximadamente 14 millones de mujeres jóvenes de 15-19 años dan a luz, entonces se tiene que la maternidad adolescente es lo más común en los países en desarrollo donde, con frecuencia, entre la cuarta parte y la mitad de las mujeres que dan a luz por primera vez lo hacen antes de cumplir los 18 años. Cada año se producen en el

mundo 7,3 millones de partos de niñas y adolescentes de hasta 18 años, de los cuales dos millones corresponden a niñas menores de 15 años, una cifra que, de mantenerse la tendencia actual, llegará a tres millones en 2030 [8].

La mayoría de los varones y mujeres han empezado su vida sexual activa desde muy temprana edad, si la práctica sexual se da sin la planificación ni la protección necesaria trae consecuencias indeseadas para el individuo. Se convierte en un problema central para él y puede derivar en un problema social y de salud de gran cuidado. Desde el punto de vista social, dichas consecuencias se ponen de manifiesto en la elevación del índice de deserción escolar, especialmente femenina y las altas tasas de fecundidad. A pesar del auge que tuvo en los años 80, en nuestra sociedad sigue siendo un tabú hablar de sexualidad, la falta de participación activa de los padres para dar información a sus hijos en este aspecto tan importante trae muchos problemas sociales en nuestro país y sociedad; así tenemos: embarazos no deseados, prematuros, muertes materno-infantiles, enfermedades de transmisión sexual [9].

Algunos modelos explicativos como la Teoría de la Acción Planificada y el Modelo de Creencias sobre la Salud conceden especial relevancia a factores de tipo cognitivo y afectivo (por ejemplo, los conocimientos, las creencias y las actitudes) que determinarían la ejecución de conductas de reducción del riesgo para la salud. Según la Teoría de la Acción Planificada, se considera que la actitud se determina por la evaluación positiva o negativa que hace la persona acerca de las consecuencias de realizar un comportamiento determinado y constituye una tendencia aprendida para dar respuesta del mismo modo a un objeto o situación [11].

En varones, una mayor actitud positiva hacia el uso del preservativo predice una mayor probabilidad de uso del mismo en la primera relación sexual vaginal y anal. La satisfacción sexual de la pareja predice una mayor probabilidad de uso del preservativo en la primera relación sexual oral, y la satisfacción sexual sobre la sintonía de la pareja se asocia con una menor probabilidad de uso del preservativo en la primera relación sexual oral. En mujeres, una mayor satisfacción sexual personal predice una mayor probabilidad de no haber utilizado el preservativo en la primera relación sexual vaginal [12].

Y finalmente está el tema del embarazo adolescente ya que desde hace algunos años se sabe que la maternidad temprana ocurre con mayor frecuencia en estratos socioeconómicos bajos y existe cada vez mayor evidencia de que no es únicamente el embarazo temprano el que limita las posibilidades de estas adolescentes, sino las restricciones preexistentes en sus vidas. La construcción social de género, la falta de educación sexual integral, el poco acceso a métodos anticonceptivos y las pocas oportunidades económicas contribuyen a la explicación de este fenómeno [13].

El embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS) debido a las repercusiones biopsicosociales que tiene en la salud de la madre y del hijo(a). Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países. La falta de orientación y educación en salud es un factor determinante en el alto número de embarazos prematuros [14].

III. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se planteó como preguntas de investigación para poderla desarrollar las siguientes:

¿Cuál es la actitud de personas mayores de edad de la Ciudad de México respecto a los métodos anticonceptivos y la planificación familiar? ¿Qué relación existe entre dicha actitud y el nivel socioeconómico, el estado civil, el grado de escolaridad y la religión a que pertenecen los participantes en el estudio?

Los objetivos del proyecto fueron:

General: Establecer cuál es la actitud de personas mayores de la Ciudad de México hacia los métodos anticonceptivos y la planificación familiar y la relación que ésta tiene con el grado de escolaridad, el nivel socioeconómico, el estado civil y la religión de adscripción de los participantes en el estudio.

Particulares: 1. Identificar el grado de actitud hacia los métodos anticonceptivos y la planificación familiar que tienen las personas mayores de la Ciudad México. 2. Identificar el nivel socioeconómico, el estado civil, la religión de adscripción y el grado de escolaridad de los participantes en el estudio. 3. Establecer la relación existente entre la actitud referida y las características sociodemográficas señaladas en el objetivo 2.

IV. MÉTODO

La presente investigación se llevó a cabo durante el semestre Enero - Junio de 2019 y esta se pudo realizar gracias a diversos análisis de los datos que fueron recopilados en la aplicación de un instrumento tipo encuesta con 50 reactivos a una muestra específica de 200 personas.

Para el diseño del instrumento se retomaron 50 reactivos, los cuales fueron elaborados mediante la información recopilada de los diferentes artículos consultados y entonces dichos reactivos fueron adaptados a un formato de respuesta de tipo Likert, el cual consiste en 5 opciones de respuestas diferentes; es decir, (1) representa totalmente en desacuerdo, (2) en desacuerdo (3) ni de acuerdo ni en desacuerdo, (4) de acuerdo y (5) totalmente de acuerdo.

Cabe mencionar que todos los participantes a los que se les aplicaron los instrumentos fueron localizados dentro de la Ciudad de México, cada una de las personas que contestaron los instrumentos lo ejecutaron de una manera voluntaria, además de ser en forma confidencial y anónima.

El instrumento se inició con 50 reactivos. Sin embargo, al pasar por los métodos de discriminación, este instrumento culminó con 20 reactivos. La validez del instrumento se realizó por medio del análisis factorial exploratorio y la confiabilidad a través del método de alfa de Cronbach el cual obtuvo un valor de .87

El análisis factorial exploratorio, agrupó los reactivos válidos en cuatro factores: Métodos anticonceptivos y planeación familiar, Consecuencias del uso de métodos anticonceptivos, Hijos y Uso de métodos anticonceptivos. De estos cuatro factores se obtuvo la siguiente información: Métodos anticonceptivos y planeación familiar (10 reactivos, alfa de Cronbach=.85), Consecuencias del uso de métodos anticonceptivos (3 reactivos, alfa de Cronbach=.54), Hijos (3 reactivos, alfa de Cronbach=.61) y Uso de métodos

anticonceptivos (4 reactivos, Alfa de Cronbach=.64). Esta estructura mostró una varianza total explicada de 68.5% y un KMO de .83

Respecto a los participantes, se seleccionó a una muestra no probabilística, voluntaria de 200 personas (73 hombres y 127 mujeres), ubicadas en un rango de edad que abarca va de los 19 a los 66 años ($M= 34.97$ años, $D.E.= 11.75$). Al clasificar las edades en etapas de desarrollo, se encontró que: el 48.5% pertenecía a la etapa de adulto joven, 39.5% adulto intermedio y 12% a la de adulto tardío todos ellos moradores de la Ciudad de México.

En lo que se refiere al estado civil, 50% eran soltero/as, 25% casado/as, 12% en unión libre, 6% divorciado/as, 4.5% separado/as y 2.5% viudo/as. De estos el 57% cuentan con pareja actual y el 42.5%, no. La media total de las personas a las que se les fue aplicado este instrumento cuenta con 60.32 meses dentro de una relación, lo cual equivale a 5 años y 2 meses.

Con respecto a la escolaridad, 76.5% fueron personas que tenían un nivel de Educación Superior, 21.5% nivel de Educación Media Superior y finalmente 1.5% con un nivel de Educación Básica.

Mientras que el 73.5% pertenece a la religión católica, el 13.5% son ateos y el 12.5% tienen una religión diferente a la católica, teniendo en cuenta que el porcentaje del nivel en que practican su religión (los que lo hacen) fue del 42% nivel medio, 37% nivel bajo y un 17.5% nivel alto.

Instrumento

Se elaboraron 50 reactivos, los cuales fueron elaborados mediante la información recopilada de los diferentes artículos consultados y entonces dichos reactivos fueron adaptados a un formato de respuesta de tipo Likert, el cual consiste en 5 opciones de respuestas diferentes; es decir, (1) representa totalmente en desacuerdo, (2) en desacuerdo (3) ni de acuerdo ni en desacuerdo, (4) de acuerdo y (5) totalmente de acuerdo.

Cabe mencionar que, en el procedimiento, todos los participantes a los que se les aplicaron los instrumentos fueron localizados dentro de la Ciudad de México, cada una de las personas que contestaron los instrumentos lo ejecutaron de una manera voluntaria, además de ser en forma confidencial y anónima.

Posterior a esto, se capturaron los resultados dentro de la base de datos SPSS y, se realizó un breve cotejo para corroborar que no existiera algún error de captura. Al no encontrar ninguno, se llevó a cabo el método de discriminación de reactivos por agrupación.

El instrumento se inició con 50 reactivos. Sin embargo, al pasar por los métodos de discriminación, este instrumento culminó con 20 reactivos.

Después, se realizó un análisis factorial, el cual se encargó en agrupar los reactivos válidos en cuatro factores: Métodos anticonceptivos y planeación familiar, Consecuencias del uso de métodos anticonceptivos, Hijos y Uso de métodos anticonceptivos. De estos cuatro factores se obtuvo la siguiente información: Métodos anticonceptivos y planeación familiar (10 reactivos, $\alpha=.85$), Consecuencias del uso de métodos anticonceptivos (3 reactivos, $\alpha=.54$), Hijos (3 reactivos, $\alpha=.51$) y Uso de métodos anticonceptivos (4 reactivos, $\alpha=.54$).

V. RESULTADOS Y ANÁLISIS

La hipótesis que se pretendió probar es que existe una relación entre la actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos y la planeación familiar con el nivel de escolaridad, la religión, el nivel en que la ponen en práctica, su estado civil y su estatus económico. Para esto, la variable independiente es el Nivel de aceptación de los métodos anticonceptivos y planeación familiar obtenido y la variable dependiente son las anteriormente mencionadas. Fueron realizadas varias comparaciones con relación a la actitud hacia la planificación familiar para intentar probar la hipótesis antes presentada, estas, como ya se mencionó, fueron el estado civil que tienen las personas, su nivel de escolaridad, su estatus socioeconómico y la religión que profesan si es que lo hacen, aunado a el nivel de práctica de la misma.

Una de las primeras comparaciones realizadas fue la que corresponde a la actitud hacia los métodos anticonceptivos y la religión. Al realizar la prueba ANOVA se encontró que los datos mostraron suficiente evidencia para señalar que los promedios de la aceptación de los métodos anticonceptivos y la planeación familiar, varían significativamente en función de la variable religión ($gl=2, F=4.99, p<.05=.008$), así, el promedio estimado de la aceptación de métodos anticonceptivos con gente de religión católica fue de 2.62, con una desviación estándar de .556, mientras que el promedio estimado de la aceptación de métodos anticonceptivos con gente atea fue de 2.26 con una desviación estándar de .597 y finalmente el promedio estimado de la aceptación de métodos anticonceptivos con gente de otra religión fue de 2.47, con una desviación estándar de .567. El valor de la diferencia de promedios fue de .113 con un intervalo de confianza del 95% que va del 2.02 al 2.71.

En cuanto el nivel de práctica de religión, en donde se analizó la relación entre la aceptación de los métodos anticonceptivos y el nivel de apego a la religión. Al realizar la prueba ANOVA se encontró que los datos mostraron suficiente evidencia para señalar que los promedios de la aceptación de los métodos anticonceptivos y la planeación familiar, varían significativamente en función de la variable nivel en que pone en práctica su religión ($gl= 2, F=7.20, p<.05=.001$). Así, el promedio estimado de la aceptación de métodos anticonceptivos con gente que practica su religión de manera muy apegada fue de 2.78, con una desviación estándar de .509, mientras que para la gente con un nivel de practica media respecto a su religión fue de 2.62, con una desviación estándar de .549, y para la gente con un nivel de práctica baja en su religión fue de 2.38, con una desviación estándar de .586. El valor de la diferencia de promedios fue de .087 con un intervalo de confianza del 95% que va del 2.24 al 2.96.

Seguido del análisis de la religión y del nivel en que las personas la ponen en práctica, se realizó con la variable referente a el nivel de escolaridad, y al ser más de 2 opciones se utilizó la prueba ANOVA nuevamente, se encontró que los datos mostraron suficiente evidencia para señalar que el promedio de aceptación de los métodos anticonceptivos varía significativamente en función de la variable Nivel de Escolaridad (ANOVA, $gl=2, F=2.45, p<.05=.089$). Así, el promedio estimado de la aceptación de métodos anticonceptivos con gente de escolaridad en un nivel básico fue

de 2.18, con una desviación estándar de .263, mientras que el promedio estimado de la aceptación de métodos anticonceptivos con gente de nivel escolar de media superior fue de 2.70 con una desviación estándar de .514 y finalmente el promedio estimado de la aceptación de métodos anticonceptivos con gente de nivel superior fue de 2.51, con una desviación estándar de .591. El valor de la diferencia de promedios fue de .113 con un intervalo de confianza del 95% que va del 1.83 al 2.83

Por otra parte, la variable de estado civil en relación al nivel de aceptación del uso de métodos anticonceptivos, fue de igual manera realizado con ANOVA, se encontró que, los datos mostraron suficiente evidencia para señalar que el promedio de aceptación del uso de métodos anticonceptivos varía significativamente en función de la variable Estado Civil (ANOVA, $gl=5, F=3.51, p<.05=.005$). Así, el promedio estimado de la aceptación de métodos anticonceptivos y planeación familiar, con gente que está soltera fue de 2.41, con una desviación estándar de .603, mientras que para la gente que está casada fue de 2.66, con una desviación estándar de .530, mientras que para la gente en unión libre tuvo un resultado de 2.83, con una desviación estándar de .486. Además hay que contemplar el resultado de la gente que está divorciada 2.54 y cuya desviación estándar fue de .630 o bien de la gente que está separada y tuvo de resultado de 2.55 con una desviación estándar de .317 y finalmente para la gente viuda 2.98, con una desviación estándar de .25. El valor de la diferencia de promedios fue de .060 con un intervalo de confianza del 95% que va del 2.14 al 3.29.

Por último, se analizó la relación entre la aceptación de los métodos anticonceptivos y el estatus socioeconómico. Al realizar la prueba ANOVA se encontró que los datos mostraron suficiente evidencia para señalar que los promedios de la aceptación de los métodos anticonceptivos y la planeación familiar, varían significativamente en función de la variable estatus socioeconómico ($gl=3, F=2.54, p<.05=.057$), así, el promedio estimado de la aceptación de métodos anticonceptivos con gente de un estatus socioeconómico bajo fue de 2.93, con una desviación estándar de .378, mientras que el promedio estimado de la aceptación de métodos anticonceptivos en gente con un estatus socioeconómico medio fue de 2.48 con una desviación estándar de .554, el promedio estimado de la aceptación de métodos anticonceptivos y planeación familiar con gente de nivel medio alto fue de 2.54, con una desviación estándar de .637 y el promedio estimado de la aceptación de métodos anticonceptivos y planeación familiar con gente de nivel alto fue de 2.68, con una desviación estándar de .489. El valor de la diferencia de promedios fue de .113 con un intervalo de confianza del 95% que va del 2.37 al 3.19.

VI. CONCLUSIONES

Al observar y analizar los resultados, se encontró una fuerte relación entre el estado civil, la religión, el nivel de práctica de la misma, el nivel socioeconómico, y el nivel de escolaridad de cada individuo y la actitud que tienen hacia los métodos anticonceptivos y la planeación familiar. Dicho lo anterior, hay que enfocarse en estas variables si se busca lograr un cambio en pro del Objetivo 11 de Desarrollo Sostenible de la

Organización de las Naciones Unidas, donde se dice que se busca que haya ciudades y comunidades sostenibles.

Por otro lado, también se puede concluir que la actitud positiva y la planeación familiar en la Ciudad de México no está determinada significativamente por el sexo de la persona ni por su orientación sexual.

REFERENCIAS

- [1] J. M. Frenk, "Introducción a los Métodos Anticonceptivos: Información General," Segunda Edición, pp. 26–45, 2002.
- [2] A. Guterres, "Desarrollo Sostenible," ONU, 2019.
- [3] "Objetivos de Desarrollo Sostenible," PNUD, 2019.
- [4] "Objetivo 11: Ciudades y Comunidades Sostenibles," PNUD, 2019.
- [5] López. Mercedes, "Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018," Programa Sectorial de Salud, pp 13-43, 2014.
- [6] "Anticoncepción y Planeación Familiar." Naciones Unidas Derechos Humanos, 2013.
- [7] S. G. Inclán, "El acceso a Métodos Anticonceptivos en Adolescentes de la Ciudad de México." ISSN, 2017.
- [8] D. Z. Nixan, "Nivel de Conocimiento y Actitud Hacia el uso de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes."
- [9] S. Gómez, "El acceso a Métodos Anticonceptivos en Adolescentes de la Ciudad de México." pp 237-247, 2017.
- [10] I. Arias, "Práctica y Actitud de la Planeación Familiar en Población Rural y Urbana." Galudea Tabasco, vol 20, núm 2, pp. 37-43, 2014, my.
- [11] "Planeación Familiar." ONU, 2018, feb.
- [12] M. Paz, "satisfacción sexual y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes: evaluación y análisis de su relación con el uso del preservativo." Revista Latinoamericana de Psicología, vol, 46, Issue, pp 127- 136, 2014.
- [13] A. Villalobos, "Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México." SCIELO, 2014.
- [14] M. Flores, "Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública" SCIELO, 2017. my.