“ PERFIL FAMILIAR Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD “

Médico residente de tercer año: Médico Rincón Núñez Erandi Gabriela.

2025

Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Dirección de Investigación y Posgrado

“PERFIL FAMILIAR Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD”

Tesis

Que como parte de los requisitos

para la obtención del Diploma de

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Médico General Rincón Núñez Erandi Gabriela

Dirigido por:

Médico Especialista en Medicina Familiar Erasto Carballo Santander

Querétaro, Qro. Febrero 2025

REPOSITORIO INSTITUCIONAL DGBSDI-UAQ

La presente obra está bajo la licencia:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:

Atribución — Usted debe dar crédito de manera adecuada , brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios . Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.

NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con propósitos comerciales .

SinDerivadas — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una excepción o limitación aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como publicidad, privacidad, o derechos morales pueden limitar la forma en que utilice el material.

Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

“PERFIL FAMILIAR Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD”.

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:
Med. Gral. Erandi Gabriela Rincón Núñez

Dirigido por:
Med. Esp. Erasto Carballo Santander

Med. Esp. Erasto Carballo Santander
Presidente

Med. Esp. Dzoara López Sánchez
Secretario

Med. Esp. Oscar Eduardo Duran Castillo
Vocal

Med. Esp. Marlet Araceli Rebolledo Gallardo
Suplente

Med. Esp. Santiago Herrera Ortiz
Suplente

Centro Universitario,
Querétaro, Qro. Febrero 2025
México

Resumen

Introducción: Entender y satisfacer las necesidades anticonceptivas en la población adolescente es fundamental para la prevención de embarazos a temprana edad y sus complicaciones. Se ha observado que un alto porcentaje de adolescentes han escuchado hablar sobre los métodos anticonceptivos y han hecho uso de alguno de ellos, sin embargo, solo el 15% tiene un nivel alto de conocimiento acerca de estos. **Objetivo:** Identificar el perfil familiar y nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad. **Materiales y métodos:** Estudio de tipo observacional con diseño transversal descriptivo en una muestra representativa de 190 mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad, el cual se llevó a cabo en la UMF No. 07 de San Juan del Río, Querétaro. Las variables a estudiar fueron perfil familiar, que incluye 4 dimensiones: tipología familiar, ciclo vital familiar, funcionalidad familiar y nivel socioeconómico; nivel de conocimiento; y uso de métodos anticonceptivos. Los criterios de selección fueron mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad que acepten participar en el proyecto de investigación y firmen la carta de consentimiento o asentimiento informado, respectivamente. **Plan de análisis:** Se llevó a cabo utilizando análisis descriptivo por medio de porcentajes, frecuencias, medianas e intervalo de confianza. **Resultados:** El 61.6% de las mujeres adolescentes de entre 15 a 19 años han iniciado su vida sexual, en promedio a los 15 años según lo observado en esta investigación, de las cuales 61.1% tienen un nivel de conocimiento alto acerca de los métodos anticonceptivos, sin embargo, solo el 54% hacen uso de alguno de estos. Respecto al perfil familiar se observó que la tipología predominante es la familia moderna e integrada en fase de dispersión del ciclo vital, moderadamente funcional con nivel socioeconómico clase C según la AMAI. **Conclusiones:** El problema identificado y que se considera como área de oportunidad respecto a la salud sexual en las adolescentes no es la edad en la que inician su vida sexual ni el nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos, si no el poco o nulo uso que hacen de estos.

Palabras clave: Perfil familiar; Adolescentes; Métodos anticonceptivos; Sexualidad.

Summary

Introduction: Understanding and meeting contraceptive needs in the adolescent population is essential for preventing early pregnancies and their complications. It has been observed that a high percentage of adolescents have heard about contraceptive methods and have used at least one, however, only 15% have a high level of knowledge about them. **Objective:** To identify the family profile and level of knowledge about contraceptive methods in adolescent females aged 15 to 19 years. **Materials and Methods:** An observational study with a cross-sectional descriptive design, conducted on a representative sample of 190 adolescent females aged 15 to 19 at UMF No. 07 in San Juan del Río, Querétaro. The study variables included family profile, comprised of four dimensions: family typology, family life cycle, family functionality, and socioeconomic level; knowledge; and use of contraceptive methods. The selection criteria involved adolescent females aged 15 to 19 who agreed to participate in the research project and signed the informed consent form, or informed assent form, respectively. **Analysis Plan:** A descriptive analysis was performed using percentages, frequencies, medians, and confidence intervals. **Results:** Among adolescent females aged 15 to 19, 61.6% had initiated sexual activity, on average at the age of 15, as observed in this study. Of these, 61.1% had a high level of knowledge about contraceptive methods; however, only 54% reported using any. In terms of family profile, the predominant family typology was the modern, integrated family in the dispersion phase of the family life cycle. Most families were moderately functional and belonged to socioeconomic class C, according to AMAI. **Conclusions:** The identified issue, which represents an area of opportunity in female adolescent sexual health, is not the age at which sexual activity begins nor the level of knowledge about contraceptive methods, but rather the low or nonexistent use of them.

Keywords: Family profile; Adolescents; Contraceptive methods; Sexuality.

Dedicatorias

El presente trabajo es dedicado a mi padre y a mi madre, quienes siempre me han apoyado en cada una de mis metas y por ser los guías en cada uno de mis pasos.

Cuando la gratitud es tan grande, las palabras sobran.

Agradecimientos

Extiendo un profundo agradecimiento a todas las personas que hicieron posible este sueño y a quienes me acompañaron en todo momento en esta maravillosa etapa de mi vida y siempre fueron inspiración, apoyo y fortaleza.

En especial a mis padres Alfredo Rincón Gómez y María Gloria Núñez Varajas, quienes siempre han creído en mí y me han enseñado a caminar sin miedo. A mis mentores, en especial al Dr. Erasto Carballo Santander, Dr. Oscar Eduardo Duran Castillo, Dra. Marlet Araceli Rebolledo Gallardo y Dra. María Concepción Cruz Palma, quienes constituyeron un pilar importante de mi vida profesional y siempre estaré agradecida por el apoyo, la confianza, la paciencia y el cariño que demostraron y con el que me guiaron estos años.

INDICE

Contenido	Página
Resumen	4
Summary	5
Dedicatorias	6
Agradecimientos	6
Índice	7
Índice de cuadros	9
1. Justificación	10
2. Antecedentes	11
3. Fundamentación teórica	12
3.1. Adolescencia	12
3.1.1. Epidemiología	12
3.1.2. Generalidades	13
3.2. Anticoncepción	14
3.2.1. Métodos anticonceptivos	14
3.2.2. Tipo de métodos anticonceptivos	14
3.3. Uso y conocimiento de métodos anticonceptivos	20
3.3.1. Instrumento de conocimiento sobre métodos anticonceptivos	21
3.4. Familia y planificación familiar en adolescentes	22
3.5. Tipología familiar	23
3.5.1. Clasificación	23
3.6. Ciclo vital de la familia	24
3.6.1. Clasificación	24
3.7. Funcionalidad familiar	25
3.7.1. Clasificación	25

3.7.2. Funciones de familia 25
3.7.3. Instrumento de funcionalidad familiar 26
3.8. Nivel socioeconómico 27
3.8.1. Clasificación 27
3.8.2. Instrumento para estimación del nivel socioeconómico 28
4. Pregunta de investigación 29
5. Hipótesis 29
5.1. Hipótesis general 29
5.2. Hipótesis estadísticas 29
6. Objetivos 30
6.1. Objetivo general 30
6.2. Objetivos específicos 30
7. Material y métodos 30
7.1. Tipo de investigación 30
7.2. Población o unidad de análisis 30
7.3. Muestra y tipo de muestra 31
7.4. Definición del grupo control 32
7.5. Criterios de selección 32
7.5.1. Criterios de inclusión 32
7.5.2. Criterios de exclusión 32
7.5.3. Criterios de eliminación 32
7.6.Variables estudiadas 33
7.7.Procedimientos 33
7.8.Análisis estadístico 34
7.9.Consideraciones éticas 34
8. Resultados 35

9. Discusión 48

10. Conclusiones 51

11. Propuestas 52

12. Referencias bibliográficas 53

13. Anexos 59

Índice de cuadros

Cuadro	Página
Cuadro 1. Descriptivos sobre aspectos gineco-obstétricos	35
Cuadro 2. Descriptivos sobre estado civil	36
Cuadro 3. Descriptivos sobre escolaridad	37
Cuadro 4. Descriptivos sobre tipología familiar	38
Cuadro 5. Descriptivos sobre fase del ciclo vital	39
Cuadro 6. Descriptivos sobre funcionalidad familiar	40
Cuadro 7. Descriptivos sobre nivel socioeconómico	41
Cuadro 8. Descriptivos sobre nivel de conocimiento	42
Cuadro 9. Descriptivos sobre inicio de vida sexual	43
Cuadro 10. Descriptivos sobre edad de inicio de vida sexual activa	44
Cuadro 11. Descriptivos sobre número de embarazos	45
Cuadro 12. Descriptivos sobre uso de método anticonceptivo	46
Cuadro 13. Descriptivos sobre métodos anticonceptivos usados	47

1. Justificación

Esta investigación parte de la necesidad de identificar el perfil familiar y los conocimientos que tienen las adolescentes de 15 a 19 años con respecto a los métodos anticonceptivos, ya que a pesar de la implementación de políticas y estrategias como programas de planificación familiar, servicios amigables, accesibilidad universal a los métodos anticonceptivos, entre otros continúa existiendo una alta tasa de fecundidad y una gran insatisfacción anticonceptiva a nivel nacional, sobre todo en mujeres adolescentes.

En México, la tasa de fecundidad en mujeres adolescentes se ha mantenido estancada sin mostrar avances durante los últimos años. Es necesario identificar la problemática con la finalidad de planear intervenciones enfocadas no solo al adolescente, si no al núcleo familiar con el objetivo de modificar conductas sexuales y reproductivas de riesgo llevando a un mejor estado de salud y bienestar del adolescente lo cual es una prioridad nacional, garantizando de alguna manera en el futuro adultos saludables.

El conocer las diferentes dimensiones que componen un perfil familiar como es el ciclo vital, tipología familiar, funcionalidad familiar y nivel sociodemográfico admitirá identificar nuevos escenarios a trabajar dentro de la familia que cuenta con un elemento adolescente, escenarios que permitirán conducir acciones en pro de favorecer el conocimiento suficiente y uso correcto de los métodos anticonceptivos, que sin duda se verá reflejado en el descenso de embarazos no deseados y en la morbi-mortalidad perinatal.

En las Unidades de primer nivel de atención en salud se cuenta con programas y espacios enfocados a Planificación Familiar sin embargo sus acciones son encaminadas de manera individualizada sin tomar en cuenta el núcleo familiar, por ello hace imprescindible el conocimiento sistemático de la familia como unidad de análisis en los procesos de salud enfermedad

2. Antecedentes

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, “De los Servicios de Planificación Familiar” mencionan que la planificación familiar se refiere al derecho de cada individuo a decidir de manera libre, informada y responsable, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener información especializada y los servicios idóneos, con la finalidad de disminuir las tasas de fecundidad y de morbi-mortalidad materno-neonatal.

En 1972 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ofrecía el servicio de planificación familiar solo a mujeres con factores de riesgo y características específicas como antecedentes de abortos o complicaciones durante el embarazo. (CONAPO, 2015)

En 1974 se estableció realizar programas de planificación familiar con el objetivo de crear políticas de regulación sobre el crecimiento poblacional, según la Ley General de Población. Así mismo se estableció en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4, el derecho de cada individuo a decidir sobre su salud sexual y reproductiva.

En 1977 se diseñó la primera política Demográfica Nacional y Regional, así como el primer Plan Nacional de Planificación Familiar, con el objetivo de reducir la tasa de crecimiento poblacional, además se incluía por primera vez la atención a la población adolescente. (CONAPO, 2015)

En México, gracias a la política de planificación familiar se observó una disminución de la tasa de embarazos, según la EDADID 2018 se estimó que en el año 1960 cada mujer tenía alrededor de 7 hijos, mientras que en el 2018 esto disminuyo a 2.07 hijos. La planificación familiar permite mejorar la salud sexual y reproductiva de las personas, así como las condiciones de vida. (ENADID, 2018)

La Ley General de Salud, Capítulo VI artículo 67 establece que los servicios de planificación familiar son de carácter prioritario y entre sus tareas se encuentran el proporcionar información y orientación a toda la población, incluyendo a los adolescentes.

Es necesario proporcionar los servicios de planificación familiar y asegurar la disponibilidad de los MAC de forma gratuita, confidencial, no discriminatoria y sin necesidad de la autorización de un tercero sin importar la edad de la paciente, estado civil o la objeción de conciencia de los proveedores de servicios de salud. (CONAPO, 2015 & WHO, 2018)

Con la planificación familiar en adolescentes se busca obtener la disminución de los embarazos a temprana edad y con ello la morbilidad y mortalidad materna e infantil, así como mejorar su calidad de vida. (WHO, 2022)

3. Fundamentación Teórica

3.1.Adolescencia

la Organización Mundial de la Salud, define a la adolescencia como una etapa fundamental y formativa de la vida, comprendida entre los 10 a 19 años de edad, en la cual se presentan diversos cambios biológicos, psicológicos, cognitivos y sociales, y se adquieren patrones de conducta. En esta etapa los jóvenes tienen la tendencia a explorar y experimentar en la búsqueda del autodescubrimiento y la independencia con riesgo a comprometer su salud. (Rivero-López, et al 2019)

3.1.1. Epidemiología

Un gran porcentaje de la población pertenece al grupo etario adolescente, se estima que hasta el 2018 habitaban en el país un total de 22 885 452 adolescentes de 10 a 19 años de edad. En el rango de 15 a 19 años de edad se estimó un total de 11 151 404, de los cuales 49.6% (5 531 096.38) eran mujeres y 50.4% (5 620 307.62) eran hombres. (ENSANUT 2018-19)

3.1.2. Generalidades

La adolescencia es un punto crítico para la salud, el desarrollo y bienestar ya que se caracteriza por la adquisición y establecimiento de comportamientos, capacidades y habilidades. Entre ellos destaca la capacidad reproductiva, el inicio de la vida sexual, la responsabilidad de la toma de decisiones y sus consecuencias, enfrentándose a situaciones, necesidades y riesgos para la salud propias de esta etapa. (NOM 047-SSA2-2015 & ENSANUT 2018-19)

Un suceso que generalmente sucede en la adolescencia es el inicio de la vida sexual, evento de gran importancia en la vida que determina el proceso reproductivo y cobra efecto en la salud sexual y reproductiva, logrando llegar a modificar completamente su salud, desarrollo y las condiciones de calidad de vida ya que existe alto riesgo de un embarazo a temprana edad y sus complicaciones, viéndose afectada su salud y proyecto de vida condicionando un estado de mayor vulnerabilidad. (Allen-Leigh, et al 2013)

Se reportó que el 21.9% de los adolescentes (24.4% hombres y 18.0% mujeres) inician vida sexual en esta etapa, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2018-19). La edad promedio del comienzo de la vida sexual de las mujeres es a los 17.5 años a nivel nacional, de acuerdo a la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. (ENADID 2018)

Entre adolescentes existe una alta frecuencia de comportamientos sexuales de riesgo que concluyen en problemáticas como embarazos y maternidad a temprana edad, además de enfermedades de trasmisión sexual, considerados un problema de salud púbica asociados a consecuencias importantes para la salud como son la morbi-mortalidad materna, neonatal e infantil, que posteriormente traerán consigo consecuencias sociales y personales a corto y largo plazo, por lo que la detección oportuna de comportamiento de riesgo permiten intervenir y prevenir problemas de salud. (Lavielle-Sotomayor, et al 2014 & Blanquet-García, et al 2016)

3.2.Anticoncepción

La anticoncepción es la medida voluntaria para prevenir un embarazo por medio de métodos que puedan ser naturales o artificiales y es un componente clave en la prevención de embarazos no deseado, según la OMS. Entender las necesidades anticonceptivas en los jóvenes es una política esencial tanto a escala nacional como internacional. (Teal & Edelman, 2021)

3.2.1. Métodos anticonceptivos

Los métodos de planificación familiar, también llamados métodos anticonceptivos, son herramientas que promueven y satisfacen los derechos reproductivos como el derecho de elegir con autonomía y responsabilidad el momento ideal para tener hijos, así como el número e intervalo entre cada embarazo y evitar embarazos no deseados y sus complicaciones. (WHO, 2020)

3.2.2. Tipos de métodos anticonceptivos

Existe gran variedad de métodos anticonceptivos, los podemos clasificar por el plazo de tiempo que se usan en reversibles de corto plazo, largo plazo y de emergencia; e irreversibles o permanentes. Y también debido a su funcionamiento en hormonales y no hormonales.

Métodos anticonceptivos reversibles de corto plazo:

A) No hormonales:

1) Métodos anticonceptivos de comportamiento: Son aquellos que se basan en el conocimiento y comprensión de la fertilidad, conocidos comúnmente como naturales. Ejemplos de ellos son el coito interrumpido, el ritmo, medición de la temperatura corporal basal, la lactancia materna, entre otros.
2) Métodos anticonceptivos de barrera: Evitan el paso de los espermatozoides hacia el tracto reproductivo de la mujer, ya sea por medio de una barrera física como el

condón masculino o femenino y el diafragma, o por medio de agentes que afectan la motilidad y supervivencia de los espermatozoides como los espermicidas y moduladores de pH. (CCP and WHO, 2018 & Valles, et al 2006)

El método anticonceptivo más utilizado por los adolescentes en su inicio sexual es el método de barrea denominado condón. Mientras que en las siguientes relaciones sexuales ocupa el tercer lugar en las mujeres, y a pesar de ser un método eficaz, no es el más adecuado en adolescentes ya que es necesario tenerlo en el momento adecuado, y el problema al que nos enfrentamos es que las relaciones sexuales en este grupo de edad generalmente suceden de manera inesperada. (Huber, et al 2020 & Villalobos, et al 2018)

B) Hormonales:

Los anticonceptivos hormonales de corto plazo pueden ser administrados vía oral e intramuscular. Están compuestos por un progestágeno que puede estar o no combinado con estrógeno, son fáciles de usar y la fertilidad se recupera a corto plazo posterior al retiro.

El efecto anticonceptivo de los progestágenos está dado por la supresión de dos importantes hormonas; a nivel del hipotálamo: la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) y a nivel de la hipófisis: la hormona leutinizante (LH), dando como resultado ciclos anovularios. Además de los efectos directos sobre la permeabilidad del moco cervical, la receptividad endometrial y la supervivencia y transporte de los espermatozoides a las trompas de Falopio. Mientras que los estrógenos evitan el desarrollo del folículo dominante al suprimir la liberación de hormonas gonadotropinas como la hormona folículo estimulante (FSH).

1) Métodos anticonceptivos orales con progestágeno solo.
2) Métodos anticonceptivos orales combinados.
3) Parche subdérmico combinado
4) Anillo vaginal combinado: actualmente no es tan utilizado. (Teal, et al 2021 & CCP and WHO 2018)

Métodos anticonceptivos reversibles de largo plazo

A) No hormonales

1) Dispositivo intrauterino de cobre (DIU): Por sus siglas conocido como T de cobre o "DIU", es un método anticonceptivo que se coloca en la cavidad del útero. Tiene una efectividad alta durante 5 años con una tasa de embarazos baja. Su mecanismo de acción es en base al efecto espermicida que tienen las sales de cobre sobre el espermatozoide, además del ambiente pro inflamatorio asépticos que provoca a nivel del endometrio. Se recomienda su colocación en los primeros días del ciclo menstrual, con vigilancia al cumplir un mes posterior a la colocación y anualmente, con la oportunidad de retirar en el momento que la paciente lo solicite con recuperación inmediata de la fertilidad. El efecto secundario más común es el aumento en la duración y cantidad de la menstruación, que generalmente solo dura los primeros 3 a 6 meses de uso. (CCP and WHO, 2018 & Soto, et al 2020)

B) Hormonales

Los anticonceptivos hormonales de largo plazo pueden ser administrados vía subdérmica o intrauterina. Al igual que los métodos anticonceptivos hormonales a de corto plazo están compuestos por un progestágeno que puede estar o no combinado con estrógeno cumpliendo la misma función, solo que a diferencia de los de corto plazo, una vez colocados mantienen su efecto por cierto tiempo establecido. (Committee on Practice Bulletins-Gynecology, 2017)

1) Métodos anticonceptivos inyectables con progestágeno solo: Compuestos de medroxiprogesterona de depósito (DMPA) con administración cada 3 meses (12 a 14 semanas) o de enantato de noretindrona (EN-NET) cada 2 meses. La recuperación de la fertilidad no es inmediata, pudiendo requerir algunos meses, ya que su efecto puede persistir hasta por 12 meses después de la última dosis.

2) Métodos anticonceptivos inyectables combinados: Su administración es mensual con una recuperación de la fertilidad de aproximadamente 5 meses posterior a la suspensión.
3) Dispositivo intrauterino de levonorgestrel (DIU-LNG): Mantiene una alta efectividad durante 5 años, con tasa de amenorrea de hasta el 20% a los 12 meses y del 40% a los 24 meses, la recuperación de la fertilidad es inmediata al cese de su uso.
4) Implante subdérmico: Es una varilla flexible la cual se coloca en el brazo justo por debajo de la piel, tienen efecto hasta por 5 años con una recuperación de la fertilidad inmediata posterior a su retiro. (Teal, et al 2021, CCP and WHO, 2018 & Committee on Practice Bulletins-Gynecology, 2017)

Anticoncepción de emergencia

La anticoncepción de emergencia (AE) reduce el riesgo de embarazo al emplearse tras una relación sexual sin protección, dentro de este grupo se encuentra el DIU de cobre y la pastilla anticonceptiva de emergencia conocida como “la pastilla del día siguiente”.

1) DIU de cobre: Es el método más eficaz para la anticoncepción de emergencia, disminuye la probabilidad de embarazado al 0.1%, cuando se coloca dentro de los primeros 5 días posterior al encuentro sexual sin protección.
2) La pastilla o píldora anticonceptiva de emergencia: consiste en la administración de un progestágeno como levonorgestrel a dosis altas en una toma o dividida en dos tomas; o un anti progestágeno como el acetato de ulipristal. Actúa demorando la expulsión de óvulos, por lo que debe administrarse de preferencia en las primeras 72 hrs o máximo en los primeros 5 días posterior a la relación sexual sin protección para obtener la máxima eficacia. Tienen una eficacia ≤ 1 embarazos por cada 100 mujeres en un año, cuando se usan de manera correcta. (Teal, et al 2021, WHO 2020 & Hubert, et al 2020)

Métodos anticonceptivos irreversibles o permanentes

1) Dentro de los anticonceptivos irreversibles se encuentran aquellos que son quirúrgicos como la esterilización masculina (vasectomía) y la esterilización femenina (obstrucción

tubárica bilateral). Consisten en bloquear y evitar el paso de los espermatozoides por los conductos deferentes y el bloqueo de las trompas de Falopio impidiendo el paso de los espermatozoides al ovulo maduro. No afectan la sexualidad y la libido, los ciclos menstruales, ni la eyaculación. (Moss & Isley, 2015)

La elección del método anticonceptivo debe ser de manera autónoma y va a depender de la información y orientación que reciba la paciente, ya que es ella quien tomara la decisión en base a la consejería que se le haya otorgado sobre el mecanismo de acción, uso correcto, eficacia, beneficios, riesgos y efectos secundarios. La adolescencia no es una razón para descartar algún método anticonceptivo, sin embargo, es importante que la adolescente reciba la información adecuada y de forma clara, que pueda comprenderla fácilmente para asegurar un adecuado uso. Por ende, es importante que los educadores en salud y proveedores de servicios de planificación familiar tengan una adecuada capacitación y conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos para que puedan transmitir la información correcta. (Valles & López, 2006)

La eficacia para evitar un embarazo varía y esto depende de factores propios de la persona que los usa como la comprensión, adherencia y uso adecuado del anticonceptivo. La literatura nos dice que la eficacia de un método anticonceptivo (MAC) puede ser teórica o real. La eficacia teórica es aquella que debe tener el método anticonceptivo con un uso estricto, constante y correcto, mientras que la eficacia real es la que generalmente presenta con uso habitual por población general con posibles errores o fallo. El porcentaje de errores varía del 3 al 8%, alcanzando incluso el 20% en adolescentes. (Soriano, et al 2010)

La eficacia de un MAC es medida con el Índice de Pearl, que representa el número de embarazos por cada 100 mujeres durante un año. De acuerdo con su nivel de efectividad al emplearlos de manera regular, los métodos se categorizan en: (Soriano, et al 2010)

- Muy eficaces: 0 a 0.9 embarazos por cada 100 mujeres durante 1 año.
- Eficaces: 1 a 9 embarazos por cada 100 mujeres durante 1 año.
- Moderadamente eficaces: 10 a 19 embarazos por cada 100 mujeres durante 1 año.
- Poco eficaces: 20 o más embarazos por cada 100 mujeres.

Métodos anticonceptivos según su índice de Pearl:

MUY EFICACES:

- Implante subdérmico: 0.1.
- DIU con levonorgestrel: 0.5 a 0.7.
- DIU o T de cobre: 0.6 a 0.8.

EFICACES:

- Hormonales inyectables solo con progestágeno: teórica 0.2 y real 4.
- Hormonales inyectables combinados: teórica 0.5 y real 3.
- Hormonales orales con progestágeno solo: teórica 0.3 y real 7.
- Hormonales orales combinados: teórica 0.3 y real 7.
- Parche dérmico y anillo vaginal (h. combinados): teórica 0.3 y real 7.
- Anticoncepción de emergencia: ≤ 1 a 2 con un uso correcto.

MODERADAMENTE EFICACES:

- Métodos de barrera:
  - Condón masculino: 2 a 13.
  - Condón femenino: 5 a 21.

POCO EFICACES:

- De comportamiento: 22 embarazos por cada 100 mujeres en un año. (Soriano, et al 2010 & WHO 2020)

3.3.Uso y conocimiento de métodos anticonceptivos (MAC)

Las mujeres de entre de 15 a 19 años de edad integran el grupo de mayor tamaño de mujeres en edad fértil y es en este grupo donde se ha observado un menor avance en la disminución de la fecundidad debido al bajo uso y conocimiento de los MAC a pesar de las intervenciones efectuadas como la educación en sexualidad con apoyo de las escuelas y medios de comunicación, servicios de salud amigables para el adolescente y el suministro de insumos para la anticoncepción entre adolescentes. (ENADID, 2018)

Un alto porcentaje de adolescentes han escuchado algo sobre los métodos anticonceptivos sin embargo esto no significa que su conocimiento y uso sea el correcto, lo cual es necesario para lograr su eficacia adecuada y esperada, así como una vida sexual responsable y sana. (ENSANUT 2018-19 & Teal, et al 2021)

Se reporto que el 59.6% de mujeres de entre 15 a 19 años de edad utilizaron algún MAC en su primera relación sexual, mientras que el porcentaje restante que no utilizó alguno de estos, y entre los principales motivos por lo cual no usan algún MAC se encuentran las relaciones no planeadas en un 28.4% y desconocimiento de métodos anticonceptivos en un 24.1%, según la ENADID 2018 Y ENSANUT 2018-19.

Un adecuado conocimiento de los métodos anticonceptivos en adolescentes es insuficiente a pesar de toda la información existente gratuita y de los servicios amigables para el adolescente y se debe poner atención en ello. La prevalencia de conocimiento alto y funcional en adolescentes de 15 a 19 años de edad es del 15%, mientras que un 60.8% tienen un nivel de conocimiento medio, 23.3% bajo y 0.8% nulo. (Sánchez-Meneses, et al 2015)

El condón masculino es el método anticonceptivo más conocido, sin embargo los métodos anticonceptivos de barrera por sí solos no han sido una estrategia del todo efectiva, por lo que se ha tratado de implementar el uso de MAC modernos en los adolescentes como una estrategia para la disminución de embarazos en esta población, observando una mayor aceptación por los anticonceptivos reversibles de largo plazo, ya que no requieren adherencia diaria ni mantenimiento además de que son los más costo efectivos. (Allen-Leigh, et al 2013

& Villalobos, et al 2020)

Se encontró que las principales fuentes de información acerca de los MAC son la escuela, la familia, el médico entre otros como amistades, televisión, internet y revistas. (Pérez-Blanco & Sánchez-Valdivieso, 2020)

Con el fin de reducir la tasa de embarazos es necesario, además del acceso universal a los servicios de salud reproductiva, la ampliación del acceso a la anticoncepción y la garantía de la satisfacción de la necesidad de planificación familiar como se indica en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, ampliar el nivel de conocimiento y comprensión del adecuado uso de los métodos anticonceptivos fortaleciendo educación sexual en los sitios que conforman las principales fuentes de información. (ONU, 2019)

Como ya se mencionó previamente, entender las necesidades anticonceptivas en los jóvenes es una política esencial, sin embargo, en México se ha convertido en un reto importarte ya que los adolescentes se enfrentan a varios factores como el inicio temprano de la vida sexual, falta de conocimiento y uso de MAC, acceso insuficiente a los métodos anticonceptivos, desintegración familiar, entre otros. (Lavielle-Sotomayor, et al 2014)

3.3.1. Instrumento de conocimiento sobre métodos anticonceptivos

"Cuestionario de conocimientos sobre métodos anticonceptivos"

Este instrumento fue elaborado por la Dra. Denisse del Pino en el año 2016 en Lima, Perú.
Se compone de 15 preguntas de elección múltiple, que son calificadas como correcto: 1 punto e incorrecto: 0 puntos. Para clasificar el conocimiento en nivel alto, medio y bajo, se usó la escala de estándares y la campana de Gauss siendo nivel alto: > 8.5 puntos, nivel medio: 5.1-8-5 puntos y nivel bajo: < 5.1 puntos. Esta prueba fue validada mediante el juicio de 5 expertos, para las respuestas dicotómicas, se empleó el estadístico de Kuder Richerson, logrando un puntaje de 0.72. (Del Pino, 2016)

Este instrumento ha sido utilizado por la Dra. Denisse del pino en el año 2016 en el artículo titulado “Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes del centro de salud en Perú” para obtener el título de obstetricia en el cual se encontró que el 43% de las participantes tuvieron un nivel medio de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos, el 32% un nivel bajo de conocimiento y el 25% un nivel alto de conocimiento. Este instrumento también fue utilizado por pasantes del servicio social de la licenciatura de enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ) en el artículo titulado “Nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en Estudiantes Universitarios” en el año 2021 en cual se determinó que el 71.2% de los participantes poseían un nivel bajo de conocimiento, el 20.4% un nivel medio de conocimiento y sólo el 3.7% se encontró en un nivel alto. (Del Pino, 2016 & García Pérez, et al 2021)

3.4.Familia y planificación familiar en adolescentes

Las características de familia tienen un rol fundamental y crucial en la conducta, comportamiento y decisiones de los adolescentes ya que en ella tienen origen la cultura, los valores y las reglas sociales por lo que pueden ser promotoras o protectoras de factores de riesgo y comportamientos, como el comienzo temprano de vida sexual, conocimiento y uso inadecuado de los métodos anticonceptivos, predisponentes de situaciones inesperadas, tales como embarazos y enfermedades de transmisión sexual a temprana edad. (Lavielle-Sotomayor, et al 2014, Blanquet-García , et al 2016, Villareal-Ríos, et al 2022 & Villareal, et al 2022)

La estructura familiar, las transiciones familiares, la percepción del adolescente sobre el funcionamiento y apoyo familiar tienen un fuerte impacto sobre comportamientos de riesgo lo cual se traduce en resultados negativos para su salud y bienestar, esto nos habla de la necesidad de intervenciones especificas no solo para el adolescente si no dirigidas al núcleo familiar. (Abiodun, et al 2020 & Steele, et al 2020)

El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con programas específicos de Planificación Familiar en las Unidades de Medicina Familiar, para llevar a cabo estrategias como pláticas de consejería sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos, cuentan con una amplia

diversidad de MAC. La finalidad de todo esto es la prevención de embarazos en adolescentes y el goce de una vida sexual con responsabilidad. (IMSS, 2021)

Algunas fuentes reportan que la familia es una de las principales fuentes de la cual los jóvenes obtienen información sobre los métodos anticonceptivos, por lo que es de suma importancia fortalecer los programas de salud enfocados al adolescente que incluyan educación a los miembros de la familia con respecto a qué tipo de información pueden apoyar de manera efectiva la salud de los adolescentes como clave para mejorar el uso y conocimiento de los MAC. (Sánchez-Meneses , et al 2015, Pérez-Blanco, et al 2020 & Grossman, et al 2019)

3.5.Tipología familiar

La tipología familiar se refiere a las condiciones que podemos encontrar en una sociedad. Existe una gran variedad de familias, cada una ellas integrada de distinta manera según la época, economía, situación demográfica y cultura del ambiente social en el que se desarrolla, manteniéndose en constante cambio por el momento histórico y la etapa del ciclo vital en el que se encuentra. (Membrillo A, et al 2022)

3.5.1. Clasificación

La tipología familiar la clasificaremos de acuerdo a su desarrollo social, demografía, integración y ocupación del jefe(s). (Irigoyen A, 2017)

TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU DESARROLLO SOCIAL:

a) Familia moderna: Se caracteriza por el rol económicamente activo de la mujer.
b) Familia tradicional: El proveedor económico es el hombre. Se conservan los roles tradicionales.
c) Familia primitiva o arcaica: Familias campesinas o indígenas, su sostén es de la tierra que trabajan.

TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU DEMOGRAFÍA:

a) Urbana.
b) Rural.

TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU INTEGRACIÓN:

a) Familia integrada: Los conyugues residen juntos y cumplen sus funciones respectivamente.
b) Familia semi-integrada: Los conyugues residen juntos, pero no cumplen sus funciones.
c) Familia desintegrada: Ausencia de uno de los conyugues, ya sea por muerte, divorcio, separación, abandono, etc.

TIPO DE FAMILIA SEGÚN LA OCUPACIÓN DEL JEFE(S):

a) Campesina.
b) Obrera.
c) Técnica.
d) Profesional técnica.
e) Profesional. (Irigoyen A, 2017)

3.6. Ciclo vital de la familia

El ciclo vital familiar lo podemos definir como la serie de etapas y características de la evolución de la familia. Cada familia pasara a contraerse, mientras cada miembro de la familia se extiende. (Membrillo, et al 2022 & Anzures, et al 2013)

3.6.1. Clasificación

Según Geyman, se distinguen cinco fases del ciclo vital de la familia, las cuales las dividen en matrimonio, expansión, dispersión e independencia. (Anzures, et al 2013)

a) Fase de matrimonio: Comienza con el matrimonio y finaliza con la llegada del primer hijo. Se refiere a la vida en pareja.
b) Fase de expansión: Comienza con el nacimiento del primer hijo y finaliza con el nacimiento del último hijo. Se refiere al crecimiento de la familia por el ingreso de nuevos integrantes.
c) Fase de dispersión: Inicia con el ingreso escolar o adolescencia de los hijos.
d) Fase de independencia: Inicia con la emancipación de los hijos, están listos para formar nuevas familias.
e) Fase de retiro y muerte: Se caracteriza por ser una etapa difícil ya que el individuo encara situaciones como desempleo, jubilación, abandono, viudez. (Irigoyen A, 2017 & Anzures, et al 2013)

3.7. Funcionalidad familiar

Agrupación de rasgos que definen a la familia como un sistema

La funcionalidad familiar es la agrupación o conjunto de rasgos que definen a la familia como un sistema, la interacción y los vínculos afectivos entre los miembros y la capacidad de adaptabilidad ante situaciones adversas para poder superar dificultades evolutivas familiares. (Rosales-Córdova, et al 2017)

3.7.1. Clasificación

Las familias según su funcionalidad se pueden dividir en funcionales y disfuncionales.

a) Funcional: Estas familias cumplen con todas funciones, atienden adecuadamente a los problemas relacionales y de dinámica familiar.
b) Disfuncional: Estas familias actúan de forma inesperada, incumpliendo sus funciones. (Membrillo A, et al 2022)

3.7.2. Funciones de la familia

Las funciones de la familia son tareas de gran utilidad ya que determinan el éxito de una familia. Geyman identifica 5 funciones: (Anzures, et al 2013)

a) Socialización: Es el deber primario de la familia de transformar a un miembro dependiente en uno independiente y autónomo para desarrollarse en su entorno social.
b) Cuidado: Es la función de proveer lo necesario para cubrir los requerimientos físicos y materiales, de salud, culturales y sociales para cada integrante de la familia.
c) Afecto: Se refiere a lo psicológico y al intercambio afectivo entre los integrantes de la familia.
d) Reproducción: Es la función de procrear nuevos integrantes a la familia de forma responsable.
e) Estatus: Es el nivel socioeconómico que permite perpetuar privilegios y logros familiares. (Membrillo, et al 2022, Irigoyen A, 2017 & Anzures, et al 2013)

3.7.3. Instrumento de funcionalidad familiar

"Prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF-SIL)"

El instrumento fue elaborado por Ortega, de la Cuesta y Días en 1994 en Cuba. Es un instrumento sencillo el cual evalúa las relaciones dentro de la familia, es sencillo de aplicar y calificar. Incluye 7 variables involucradas en las relaciones intrafamiliares, que son: cohesión, rol, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad y adaptabilidad (CRACAPA). Consta de 14 ítems tipo Likert los cuales son evaluados en una escala de 1 a 5 puntos de la forma siguiente casi nunca: 1 punto, pocas veces: 2 puntos, a veces: 3 puntos, muchas veces: 4 puntos y casi siempre: 5 puntos, según la percepción del miembro familiar a quien le aplicó. Para categorizar el funcionamiento familiar se realizará la sumatoria de los puntos obtenidos por ítem, y se concluirá un diagnóstico correspondiendo a funcional de 70 a 57 puntos, moderadamente funcional de 56 a 43 puntos, disfuncional de 42 a 28 puntos y severamente disfuncional de 27 a 14 puntos.

Esta prueba fue validada utilizando el estadístico Alfa de Cronbach para respuestas tipo Likert obteniendo un puntaje de 0.85. (Rosales-Córdova, et al 2017 & Cassinda, et al 2016)

3.8. Nivel Socioeconómico (NSE)

El nivel socioeconómico es definido como el parámetro económico y sociológico que combina la preparación laboral, económica y social de los individuos, ya sea de manera personal o familiar en comparación con otros, fundamentada en sus ingresos, educación y trabajo. (AMAI, 2021)

3.8.1. Clasificación

Los niveles socioeconómicos permiten agrupar y categorizar a los hogares mexicanos en función de su habilidad para cubrir las necesidades fundamentales de sus miembros. La "Regla de NSE 2022" es un instrumento creado por el comité de Niveles Socioeconómicos para clasificar el NSE en los siguientes siete niveles:

1. A/B: Conformado por un 6.8% de la población nacional, sus ingresos son altos y mantiene un nivel de vida elevado. Una de sus características es que la mayoría de los líderes de la casa poseen estudios profesionales o de posgrado por lo cual tienen la posibilidad de tener empleos o puestos que son bien remunerados, lo cual les permite vivir cómodamente y con privilegios.
2. C+: Conformado por el 10.8% de la población a nivel nacional. Sus ingresos y nivel de vida son ligeramente superiores al promedio, ya que el jefe del hogar tiene estudios mínimos de preparatoria les permite tener ingresos que satisfacen apropiadamente las necesidades básicas de la familia sin limitaciones.
3. C: Conformado por el 14% de la población a nivel nacional, con ingresos o nivel de vida medio. El jefe del hogar tiene estudios mínimos de secundaria y consigue cubrir las necesidades fundamentales de la familia.
4. C-: Conformado por el 15.4% de la población a nivel nacional, tienen un nivel de vida medio. Generalmente el jefe del hogar tiene estudios hasta secundaria.
5. D+: Conformado por el 15.2% de la población a nivel nacional, con ingresos o nivel de

vida ligeramente por debajo del nivel medio.

6. D: Conformado por el 27.8% de la población a nivel nacional, sus ingresos son bajos por lo cual tienen un nivel de vida austero. El jefe del hogar generalmente tiene estudios hasta la primaria.
7. E: Conformado por el 10.0% de la población nacional, tienen ingresos muy bajos por lo cual mantienen un nivel de vida es bajo. La mayor parte de los hogares cuentan con un líder con educación no superior a primaria y destinan un bajo porcentaje de sus ingresos a la educación de los integrantes. (AMAI, 2020-21)

Nivel Socioeconómico	Puntos
A/B	202 y más
C+	168 a 201
C	141 a 167
C-	116 a 140
D+	95 a 115
D	48 a 94
E	0 a 47

Fuente: Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI). 2022.

3.8.2. Instrumento para la estimación del nivel socioeconómico

"Regla de NSE 2022"

El instrumento fue creado por el comité de Niveles Socioeconómicos perteneciente a la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI) en 2022 en México. Es un instrumento sencillo de fácil aplicación y calificación, el cual evalúa el grado de cumplimiento de las necesidades esenciales del hogar, estableciendo la calidad de vida y el bienestar de los miembros de las familias. La regla de NSE 2022 evalúa las siguientes 6 propiedades de un hogar: escolaridad del líder del hogar, cantidad de dormitorios, cantidad de baños completos, cantidad de personas con empleo de 14 años y más, cantidad de vehículos y la tenencia de internet. Consta de 6 preguntas, cada una de ellas con una categoría de respuestas con su respectivo valor en puntos. Para categorizar el NSE se realizará la sumatoria de los puntos obtenidos y la calificación final nos indicará el nivel socioeconómico al que pertenece el hogar. (AMAI, 2021)

4. Pregunta de investigación

¿Cuál es el perfil familiar y nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en las mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad?

5. Hipótesis

5.1.Hipótesis general

Las mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad, tienen un nivel de conocimiento medio sobre los métodos anticonceptivos.

5.2.Hipótesis estadísticas

Ha: La prevalencia de un nivel de conocimiento alto de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad es > 15 %.

Ho: La prevalencia de un nivel de conocimiento alto de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad es ≤ 15 %.

Ha: La prevalencia de un nivel de conocimiento medio de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad es > 60.8 %.

Ho: La prevalencia de un nivel de conocimiento medio de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad es ≤ 60.8 %.

Ha: La prevalencia de un nivel de conocimiento bajo de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad es < 23.3 %.

Ho: La prevalencia de un nivel de conocimiento bajo de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad es ≥ 23.3 %.

6. Objetivos

6.1.Objetivo general

Identificar el perfil familiar y nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad.

6.2.Objetivos específicos

Identificar el nivel de conocimiento alto de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad.

Identificar el nivel de conocimiento medio de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad.

Identificar el nivel de conocimiento bajo de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad.

7. Material y métodos

7.1. Tipo de investigación

Estudio observacional transversal descriptivo.

7.2. Población o Unidad de análisis

Mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad.

7.3. Muestra y tipo de muestra

El cálculo de tamaño de muestra se efectuará por medio de la formula con población infinita.

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^{2} * p * q}{d^{2}}$$

$$n = \frac{1.645\ (0.95)^{2}(0.60)(0.85)}{0.050^{2}}$$

$$n = \frac{(1.645)^{2}(0.60)(0.85)}{0.050^{2}}$$

Alfa (Máximo error tipo I)	A	**0.050**
Nivel de Confianza	1- α/2	0.950
Z de (1-α/2)	Z (1- α/2)	1.645
Prevalencia de la enfermedad	P	**0.60**
Complemento de p	Q	0.850
Precisión	D	**0.050**
Tamaño de la muestra	N	**260**

7.4.Definición del grupo control

Se trabajará solo con un grupo de investigación conformado por mujeres adolescente de 15 a 19 años de edad.

7.5. Criterios de selección

7.5.1. Criterios de Inclusión

a) Mujeres adolescentes de 18 y 19 años de edad que acepten participar en el proyecto de investigación y firmen carta de consentimiento informado.
b) Mujeres adolescentes de 15 a 17 años de edad que acepten participar en el proyecto de investigación y firmen carta de asentimiento informado.
c) Padre o tutor de mujeres adolescentes menores de 18 años de edad que acepte la participación de la menor en el proyecto de investigación y firme carta de consentimiento informado.

7.5.2. Criterios de Exclusión

a) Adolescentes con alguna alteración neurológica

7.5.3. Criterios de Eliminación

a) Cuestionarios incompletos o mal contestados

7.6. Variables estudiadas

Las variables a estudiar fueron perfil familiar incluyendo 4 dimensiones: tipología familiar, ciclo vital familiar, funcionalidad familiar y nivel socioeconómico, así como el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Los criterios de selección fueron mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad que acepten participar en el proyecto de investigación y firmen la carta de consentimiento informado y en el respectivo caso asentimiento informado. Se llevará a cabo análisis descriptivo por medio de porcentajes, frecuencias e intervalo de confianza.

7.7. Procedimientos

En la Unidad de Medicina Familiar No. 07, se captaron a mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad, que se encontraban en los servicios de consulta externa, planificación familiar o en sala de espera, a quienes se les convoco a participar en el proyecto. Se les explico a las adolescentes, así como al padre y/o tutor en el caso de adolescentes menores de 18 años, su participación en este estudio de investigación, la cual consistió en contestar una serie de cuestionarios sobre datos personales (anexo 15.1), funcionalidad familiar (anexo 15.2), nivel socioeconómico (anexo 15.3) y conocimiento de los métodos anticonceptivos s (anexo 15.4) de manera anónima. Después de haber aceptado participar en la investigación, se les hizo entrega del consentimiento y asentimiento informado, en el cual se encontraba plasmada la información previamente explicada, se les solicitó su firma (anexos 15.5 y 15.6), y se seleccionó de manera consecutiva a los pacientes que formaron parte del estudio, siempre y cuando cumplieran con los criterios de inclusión, posterior a ello se les invitó a pasar al aula ubicada en enseñanza para aplicar los cuestionarios previamente mencionados. La toma de datos y llenado de los cuestionarios tomó un tiempo aproximado de entre 30 a 60 minutos. La información obtenida fue resguardada y protegida, teniendo acceso a ella solo el equipo de investigación, siendo utilizada únicamente para la elaboración de este trabajo de investigación. Una vez obtenidos todos los datos necesarios fueron concentrados en el programa SPSS versión 22 para su análisis.

7.8. Análisis estadístico

Por el diseño estadístico a utilizar que es un trasversal descriptivo se llevó a cabo estadística descriptiva por medio de frecuencias, media, porcentaje e intervalos de confianza para variables con distribución normal, para variables sin distribución normal se utilizó moda y desviación estándar, para su análisis se utilizó el programa SPSS versión 22.

7.9. Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por la Dirección de Investigación y Posgrado de la Universidad Autónoma de Querétaro, con número de registro 14297. Fue evaluado y aceptado por el comité local de investigación y ética en investigación en salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, con número de registro R-2023-220 1-016.

Este proyecto de investigación requirió carta de consentimiento informado para la participación en protocolos de investigación en mayores de edad y carta de consentimiento informado para padres o representantes legales de menore de edad, así como carta de asentimiento en menores de edad, por la aplicación de un instrumento de recolección de datos. La informaciónrecabada se manejó con confidencialidad y se utilizó solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio.

Este estudio se apegó a los principios enunciados en la declaración de la Asociación Médica Mundial de Helsinki de 1964 y su revisión en la Asamblea de Fortaleza, Brasil, en 2013. En la cual se establecen los principios éticos para la investigación médica en humanos, incluido la investigación de material humano y de información,que requiere consentimiento informado de los participantes, garantizando la confidencialidad de los resultados, así como la utilización de estos solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio de investigación. (Declaración de Helsinki de la AMM, 2013).

8. Resultados

Se estudiaron un total de 190 pacientes mujeres adolescentes que comprenden la edad de 15 a 19 años quienes cuentan con una mediana de edad de 17.7 años (IC 95%: 17.59 – 17.98).

Dentro de los aspectos gineco-obstétricos el promedio de menarca en las adolescentes corresponde a un inicio de los 11.7 años (IC 95%: 11.57 – 11.86), inicio de vida sexual corresponde a una mediana de 15 años, en relación a número de gestas de las 190 pacientes solo en 2 se tuvo presente esta condición.

En relación a la cantidad de hijos vivos de las adolescentes que se embarazaron corresponde a 8 hijos con un desenlace de 5 partos y 3 cesáreas, sin embargo, del toral de embarazos 7 culminaron en aborto. Cuadro 1.

Cuadro 1. Descriptivos sobre aspectos gineco-obstétricos.

n=190

			IC 95%	
	Frecuencia	%	Inferior	Superior
Hijos vivos	8	4.2	1.3	7.1
Partos	5	2.6	0.3	4.9
Cesáreas	3	1.5	0.2	3.2
Abortos	7	3.6	1.0	6.2

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto: Perfil familiar y nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad.

El estado civil que predomina en los pacientes estudiados corresponde a solteros en un 97.4% (IC 95%: 95.1 – 99.7), esto se podría explicar debido a que la población estudiada corresponde a adolescentes, sin embargo, un porcentaje, aunque menor 2.6% (IC 95%: 0.3 – 4.9) está en unión libre. Cuadro 2.

Cuadro 2. Descriptivos sobre estado civil.

n=190

		IC 95%	
	Porcentaje	Inferior	Superior
Soltera	97.4	95.1	99.7
Unión libre	2.6	0.3	4.9

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto: Perfil familiar y nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad.

La escolaridad que predomina en los pacientes estudiados corresponde a preparatoria en un 57.4% (IC 95%: 50.4 – 64-4), seguido de secundaria en un 31.6% (IC 95%: 25.0 – 38.2) lo anterior debido a que por el promedio de edad se encuentra cursando el nivel medio superior. Cuadro 3.

Cuadro 3. Descriptivos sobre escolaridad.

n=190

		IC 95%	
	Porcentaje	Inferior	Superior
Primaria	2.6	0.3	4.9
Secundaria	31.6	25.0	38.2
Preparatoria	57.4	50.4	64.4
Técnico	8.4	4.5	12.3

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto: Perfil familiar y nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad.

La tipología con respecto al desarrollo social que predomina en los pacientes estudiados corresponde a familia moderna en un 69.5% (IC 95%: 63.0 – 76.0), seguido de familia tradicional en un 30.5% (IC 95%: 24.0 – 37.0). En función de la integración familiar predomina la Familia Integrada en un 68.9% (IC 95%: 62.3 – 75.5), en relación a la ocupación del jefe de familia predomina la tipología familiar obrera en un 65.8% (IC 95%: 59.1 – 72.5). Cuadro 4.

Cuadro 4. Descriptivos sobre tipología familiar.

n=190

		IC 95%	
	%	Inferior	Superior
Tipología Familiar según el Desarrollo Social			
Moderna	69.5	63.0	76.0
Tradicional	30.5	24.0	37.0
Tipología Familiar según la Integración			
Integrada	68.9	62.3	75.5
Semiintegrada	7.9	4.1	11.7
Desintegrada	23.2	17.2	29.2
Tipología Familiar según la ocupación del jefe de familia			
Obrera	65.8	59.1	72.5
Técnica	9.5	5.3	13.7
Profesional técnico	3.7	1.0	6.4
Profesional	21.1	15.3	26.9

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto: Perfil familiar y nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad.

La fase del ciclo familiar predominante es la dispersión en un 91.6% (IC 95%: 87.7 – 95.5), dicha condición justificada ya que la población estudiada corresponde a familias con hijos adolescentes.

Cuadro 5. Descriptivos sobre fase del ciclo vital.

n=190

	%	IC 95%	
		Inferior	Superior
Matrimonio	2.6	0.3	4.9
Expansión	5.3	2.1	8.5
Dispersión	91.6	87.7	95.5
Independencia	0.5	0.5	1.5

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto: Perfil familiar y nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad.

La funcionalidad familiar presente en la población de estudio se encuentra moderadamente funcional en un 49.5 % (IC 95%: 42.4 – 56-6), seguido de una condición funcional en un 35.8% (IC 95%: 29.0 – 42.6), lo que supone la presencia de redes de apoyo dentro del núcleo familiar.

Cuadro 6. Descriptivos sobre funcionalidad familiar.

n=190

	%	IC 95%	
		Inferior	Superior
Funcional	35.8	29.0	42.6
Moderadamente funcional	49.5	42.4	56.6
Disfuncional	12.6	7.9	17.3
Severamente disfuncional	2.1	0.1	4.1

Fuente: Cuestionario de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

El nivel socioeconómico de las familias estudiadas corresponde a una clase C en un 33.2% (IC 95%: 26.5 – 39.9), es decir son familias con ingreso o nivel de vida medio en las que el jefe del hogar tiene estudios mínimos de secundaria y logra satisfacer las necesidades básicas de la familiar, seguido de un 25.3% (IC 95%: 19.1 – 31.5), corresponde a clase C+ lo que se traduce en ingresos y calidad son ligeramente superiores al promedio ya que el jefe del hogar tiene estudios mínimos de preparatoria y les permite tener ingresos que les satisfacen apropiadamente las necesidades básicas de la familia sin limitaciones.

Cuadro 7. Descriptivos sobre nivel socioeconómico.

n=190

			IC 95%	
	Frecuencia	%	Inferior	Superior
A/B	27	14.2	9.2	19.2
C+	48	25.3	19.1	31.5
C	63	33.2	26.5	39.9
C-	37	19.5	13.9	25.1
D+	11	5.8	2.5	9.1
D	4	2.1	0.1	4.1

Fuente: Instrumento "Regla NSE 2022" para la estimación del nivel socioeconómico de acuerdo a la AMAI".

El nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos presente en los adolescentes predomino un nivel alto en un 61.1% (IC 95%: 54.2 – 68.0), seguido de un nivel de conocimiento medio 31.1 % (IC 95%: 24.5 – 37.7).

Cuadro 8. Descriptivos sobre nivel de conocimiento.

n=190

	%	IC 95%	
		Inferior	Superior
Alto	61.1	54.2	68.0
Medio	31.1	24.5	37.7
Bajo	7.9	4.1	11.7

Fuente: Instrumento "cuestionario de conocimientos sobre métodos anticonceptivos".

Dentro del aspecto de la vida sexual de los adolescentes estudiados, un 61.6% (IC 95%: 54.7 – 68.5) ya han iniciado vida sexual, mientras que un 38.4% (IC 95%: 31.5 – 45.3) aun no inician vida sexual.

Cuadro 9. Descriptivos sobre inicio de vida sexual.

n=190

	%	IC 95%	
		Inferior	Superior
Si	61.6	54.7	68.5
No	38.4	31.5	45.3

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto: Perfil familiar y nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad.

La edad de inicio de la vida sexual de los adolescentes corresponde a los 18 años en un 17.4% (IC 95%: 12.0 – 22.6), seguido de la edad de inicio a los 17 años en un 13.7% (IC 95%: 8.8 – 18.6), sin embargo, aunque una proporción menor destaca que el inicio de vida sexual en varios adolescentes inicia a partir de los 12 a 14 años de edad.

Cuadro 10. Descriptivos sobre edad de inicio de vida sexual activa.

n=190

			IC 95%	
	Frecuencia	%	Inferior	Superior
No han iniciado vida sexual	72	37.9	31.0	44.8
12 años	1	0.5	0.5	1.5
13 años	1	0.5	0.5	1.5
14 años	5	2.6	0.3	4.9
15 años	22	11.6	7.0	16.2
16 años	23	12.1	7.5	16.7
17 años	26	13.7	8.8	18.6
18 años	33	17.4	12.0	22.8
19 años	7	3.7	1.0	6.4

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto: Perfil familiar y nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad.

En las adolescentes estudiadas con respecto al número de embarazos un 91.6% (IC 95%: 87.7 – 95.5) no han tenido embarazos, sin embargo, un 7.9% (IC 95%: 4.1 – 11.7) han tenido 1 embarazo y un 0.5% (IC 95%: 0.5 – 1.5) 2 embarazos.

Cuadro 11. Descriptivos sobre número de embarazos.

n=190

	Frecuencia	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Ninguna gesta	174	91.6	87.7	95.5
Un embarazo	15	7.9	4.1	11.7
Dos embarazos	1	0.5	0.5	1.5

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto: Perfil familiar y nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad.

Dentro del aspecto de uso de método anticonceptivo en las adolescentes estudiadas, un 54.2% (IC 95%: 47.1 – 61.3) usan métodos anticonceptivos, mientras que un 45.8% (IC 95%: 38.7 – 52.9) no utilizan algún método anticonceptivo. Cabe destacar que de las usuarias de métodos solo el 11.4% (IC 95%: 6.9 – 15.9) usan doble método anticonceptivo, por ejemplo, condón y algún otro método.

Cuadro 12. Descriptivos sobre uso de método anticonceptivo.

N=190

	%	IC 95%	
		Inferior	Superior
Si	54.2	47.1	61.3
Doble MPF	11.4	6.9	15.9
No	45.8	38.7	52.9

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto: Perfil familiar y nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad.

De las 190 pacientes adolescentes estudiadas con respecto al tipo de método de planificación familiar que más utilizan destaca en un 50.5% (IC 95%: 43.4 – 57.6) el condón masculino, destacando que dicho método es de uso masculino y el de menor eficacia con más de 20 embarazos por 100 mujeres al año por otro lado dentro del método utilizado por las mujeres adolescentes se encuentra el implante subdérmico en un 3.2% (IC 95% 0.7 – 5.7) lo que representa una desproporción sustancial del uso de tipo de método pese a que este último tiene mayor eficacia de 0.1 embarazosos por cada 100 mujeres en 1 año. Del total de usuarias solo un 5.4% utiliza condón más otro método anticonceptivo.

Cuadro 13. Descriptivos sobre métodos anticonceptivos usados.

n=190

	%	IC 95%	
		Inferior	Superior
Ninguno	45.8	38.7	52.9
Condón masculino	50.5	43.4	57.6
Condón femenino	1.6	0.2	3.4
Dispositivos intrauterinos	0.5	0.5	1.5
Anticonceptivos orales	1.1	0.4	2.6
Inyección mensual	1.1	0.4	2.6
Inyección bimensual	0.5	0.5	1.5
Inyección trimestral	1.1	0.4	2.6
Parche dérmico	0	0	0
Implante dérmico	3.2	0.7	5.7
Condón más otro MPF	5.4	2.2	8.6

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto: Perfil familiar y nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad

9. Discusión

En este estudio observamos que el estado civil que predomina en las adolescentes estudiadas corresponde a soltero en un 97.4%, esto se podría explicar debido a que la población estudiada corresponde a adolescentes, sin embargo, un porcentaje, aunque menor 2.6% está en unión libre, a diferencia de lo reportado por Sánchez-Meneses MC y cols en el 2015, donde el estado civil predominante fue soltero en un 60.8%, seguido de unión libre 33.3% y casados 5.8%. Se puede observar que al pasar de los años el porcentaje de solteros ha ido en incremento en esta población, retrasándose el inicio de la formación de nuevas familias, ya que cada vez es más priorizado el realizarse a nivel profesional.

La escolaridad que predomino en los pacientes estudiados corresponde a preparatoria en un 57.4%, seguido de secundaria en un 31.6%, lo anterior debido a que por el promedio de edad se encuentra cursando el nivel medio superior, aspecto esperado por las características de la población estudiada.

Dentro del aspecto de la vida sexual de las adolescentes estudiadas, se encontró que un 61.6% ya han iniciado su vida sexual, mientras que un 38.4% aun no lo han hecho. La edad de inicio de la vida sexual de los adolescentes corresponde a los 18 años en un 17.4%, y 17 años en un 13.7%, con una mediana a los 15 años, sin embargo, aunque una proporción menor destaca el inicio de vida sexual en varios adolescentes a partir de los 12 a 14 años de edad, esto coincide con lo reportado por Sánchez-Meneses MC y cols, siendo el promedio de edad de inicio de la vida sexual a los 15.10 años ±1.4 años, sin embargo a diferencia de la ENADID 2018 quien reporto que la edad promedio del inicio de vida sexual de las mujeres es a los 17.5 años, identificando prevalencias diferentes a nuestro estudio. Los tres estudios coinciden en que las personas inician su vida sexual activa durante la adolescencia, además, tanto en este estudio como en el realizado por Sánchez-Meneses y cols, los resultados coinciden en que, aunque la mediana de edad de inicio de vida sexual es a los 15 años de edad, el rango en el que inician su vida sexual es de los 11 a 19 años.

En las adolescentes estudiadas con respecto al número de embarazos un 91.6% no han tenido embarazos, sin embargo, un 7.9% han tenido 1 embarazo y un 0.5%, 2 embarazos (en total se

consideran 15 embarazos en las adolescentes estudiadas). En relación a la cantidad de hijos vivos de las adolescentes que se embarazaron corresponde a 8 hijos con un desenlace de 5 partos y 3 cesáreas, sin embargo, del total de embarazos 7 culminaron en aborto.

En relación al nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos presente en los adolescentes en este estudio predomino un nivel de conocimiento alto en un 61.1%, seguido de un nivel de conocimiento medio en un 31.1% y un nivel de conocimiento bajo en un 7.9%, a diferencia con lo reportado por Sánchez-Meneses y cols, en donde la prevalencia de nivel de conocimiento alto fue del 15%, mientras que un 60.8% tienen un nivel de conocimiento medio, 23.3% bajo y 0.8% nulo. En la actualidad la información con respecto a los métodos anticonceptivos es amplia ya que se encuentra disponible en internet, redes sociales, escuelas, etc. Sin embargo, dentro del aspecto de uso de método anticonceptivo en las adolescentes estudiadas un 54.2% usan métodos anticonceptivos, mientras que un 45.8% no utilizan algún método anticonceptivo. Cabe destacar que de las usuarias de métodos solo el 11.4% usan doble método anticonceptivo, por ejemplo, condón y algún otro método, lo cual se asemeja a lo reportado por la ENADID 2018 Y ENSANUT 2018-19 en donde las mujeres de entre 15 a 19 años de edad utilizaron algún MAC en un 59.6%, mientras que el porcentaje restante que no utilizó alguno de estos, es decir un 40.1%. De igual manera se asemeja con lo reportado por Sánchez-Meneses y cols, en donde el 55% de los adolescentes usaban algún método anticonceptivo y 45% no. Esto nos hace reflexionar en que a pesar de que la información acerca de los MAC está disponible y al alcance de los adolescentes, no es suficiente para que hagan uso de ellos.

Con respecto al tipo de método de planificación familiar que más utilizan las adolescentes destaca en un 50.5% el uso del condón masculino, destacando que dicho método es de uso masculino y de moderada eficacia con 2 a 13 embarazos por 100 mujeres en 1 año, seguido por el implante subdérmico en un porcentaje muy bajo del 3.2%, lo que representa una desproporción sustancial del uso de tipo de método pese a que este último tiene eficacia de 0.1 embarazosos por cada 100 mujeres en 1 año, respecto a los demás MAC fueron utilizados en un porcentaje ≤ 1.1 %. En lo reportado por Sánchez-Meneses y cols, el método más utilizado también fue el condón masculino en un 65.2%, seguido de los hormonales orales en un 13.6%, el implante subdérmico en un 9.1%, anticonceptivo de emergencia en un 6.1% y el

DIU en un 3%. Ambos estudios coinciden en que el MAC más utilizado entre los adolescentes, mientras que los otros MAC son utilizados en bajos porcentajes, siendo que son los que ofrecen mayor eficacia.

Es importante mencionar que en este estudio del total de usuarias solo un 5.4% utiliza condón más otro método anticonceptivo. El condón masculino es el método anticonceptivo más conocido, en la literatura Allen-Leigh & Villalobos y cols establecen que el conocimiento acerca del condón, en la población adolescente de 15 a 19 años es mayor de un 80%, sin embargo, los métodos anticonceptivos de barrera por sí solos no han sido una estrategia del todo efectiva, por lo que se ha tratado de implementar el uso de MAC modernos en los adolescentes como una estrategia para la disminución de embarazos en esta población, ya que no requieren adherencia diaria ni mantenimiento además de que son los más costos efectivos.

La tipología familiar incluyó el desarrollo social de la familia, la función de la integración familiar y la ocupación del jefe de familia. Respecto al desarrollo social que predominó en las adolescentes estudiadas corresponde a familias modernas en un 69.5%, y en función de la integración familiar predominaron las familias integradas en un 68.9%, lo cual se asemeja a lo reportado por Ordoñez Anzures et al en donde el 68,2% de las familias de adolescentes son modernas y el 62.7% de los adolescentes perciben a su núcleo como integrado, señalando como factor de protección para el adolescente el núcleo integrado. En relación a la ocupación del jefe de familia en nuestra investigación predominó la tipología familiar obrera en un 65.8%, a diferencia de Ordoñez Anzures et al quienes encontraron la tipología obrera solo en 8.5% de las familias de los adolescentes, esto debido a que nuestra investigación fue realizada en zona industrial. La fase del ciclo familiar predominante es la dispersión en un 91.6%, dicha condición justificada ya que la población estudiada corresponde a familias con hijos adolescentes. La funcionalidad familiar presente en la población de estudio se encuentra moderadamente funcional en un 49.5 %, seguido de una condición funcional en un 35.8%, lo que supone la presencia de redes de apoyo dentro del núcleo familiar, Pérez Milena et al reporta que el 77% de la población adolescente percibe a su familia como funcional, sin embargo, como menciona Luis de la Revilla en su estudio, en familias con adolescentes hay que valorar si lo que sucede no es que el adolescente se encuentre atravesando por una crisis normativa y es lo que no le permite percibir a su familia como funcional.

El nivel socioeconómico de las familias estudiadas corresponde a una clase C en un 33.2%, es decir son familias con ingreso o nivel de vida medio en las que el jefe del hogar tiene estudios mínimos de secundaria y logra satisfacer las necesidades básicas de la familia, seguido de un 25.3% correspondiente a clase C+ lo que se traduce en ingresos ligeramente superiores al promedio, ya que el jefe del hogar tiene estudios mínimos de preparatoria y les permite tener ingresos que satisfacen apropiadamente las necesidades básicas de la familia, sin limitaciones, esto similar a lo reportado por Ordóñez Azuara et al quienes encontraron que en las familias con adolescentes el 26.3% no presentan evidencia de pobreza.

10. Conclusiones

Sin bien en el diseño trasversal descriptivo no necesariamente se tienen que comprobar las hipótesis, al efectuar la comparativa concluimos que el nivel de conocimiento alto esta 4 veces por arriba de los esperado en un 61.1% lo que supone mayor acceso a la información la cual está al alcance de los adolescentes.

Por otro lado, el nivel de conocimiento medio sobre los métodos es menor a lo planteado en la hipótesis alterna donde se esperaba que fuera mayor al 60.8% encontrando en nuestro estudio un nivel medio de 31.1% esto se debe a que se identificó que tienen un mayor nivel de conocimiento alto.

La familia juega un papel importante en el nivel de conocimiento sobre los métodos en los adolescentes, dicho esto se encontró a favor de los adolescentes una familia moderna donde participan ambos padres como proveedores, así como una familia integrada donde los padres cumplen con las funciones de afecto, cuidado, en especial la socialización, lo que podría suponer el nivel alto de conocimientos en la población estudiada.

Sin omitir la funcionalidad familiar esta se encontró en una condición moderadamente funcional lo que supone que dentro del núcleo familiar existen fuertes lazos y red de apoyo, ya que generalmente los integrantes cumplen con sus responsabilidades y roles, mantienen una comunicación efectiva demostrándose afecto, respeto, aceptación, compresión y apoyo en cuanto a intereses y necesidades de cada uno.

El nivel socioeconómico que predomina en la población de estudio es la clase C, es decir, que se logra satisfacer las necesidades básicas de la familia, este aspecto es fundamental ya que permite el acceso a una escuela, medios digitales e incluso internet, mismos que junto con la familia son elementos importantes para la adquisición de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos.

El problema identificado y que se considera como área de oportunidad respecto a la salud sexual en las adolescentes no es la edad en la que inician su vida sexual ni el nivel de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos, si no el poco o nulo uso que hacen de estos.

11. Propuestas

Indagar acerca de las barreras que obstaculizan el acceso y uso de los jóvenes a los servicios de planificación familiar, ya que la información y el conocimiento lo tienen, sin embargo, no se están haciendo uso de los diversos métodos anticonceptivos que existen y se ofrecen.

Hacer difusión en las escuelas y Unidades de Medicina Familiar acerca de los derechos que tienen los adolescentes respecto al acceso a los métodos anticonceptivos.

Aceptar la sexualidad de los adolescentes en sus diferentes contextos, evitando hacer valoraciones negativas sobre su comportamiento y evitar persuadirlos de no tener relaciones sexuales, es indispensable crear conciencia de la necesidad del uso de los métodos no solo para evitar la procreación sino también para evitar enfermedades de trasmisión sexual.

Otorgar capacitaciones de manera continua y eficiente a los médicos de primer nivel y proveedores en temas de métodos anticonceptivos.

Mejorar los mecanismos de atención en planificación familiar de la UMF No. 07, así como abrir horarios mixtos para la atención de los derechohabientes, quienes muchas veces se ven limitados debido a que solo se cuenta con servicio de planificación familiar dos días a la semana y con pocas horas de atención, sin considerar que muchos usuarios son trabajadores o se encuentra en horario escolar vespertino.

12. Referencias bibliográficas

1. Diario Oficial de la Federación. (1994). *"De los Servicios de Planificación Familiar"*. Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4699269&fecha=30/05/1994
2. Consejo Nacional de Población. (2015). *Estrategia Nacional Para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.* México: CONAPO. Disponible en: https://www.gob.mx/conapo/documentos/documento-oficial-de-la-estrategia
3. Diario Oficial de la Federación. (1974). *"Objeto y atribuciones".* México: Ley General de Población. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/157871/Ley_General_de_Poblaci_n_01122015.pdf
4. Diario Oficial de la Federación. (1917). *"De los Derechos Humanos y sus Garantías".* México: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: https://www.gob.mx/indesol/documentos/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos-97187
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2018: Principales Resultados*. México: INEGI. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf
6. Diario Oficial de la Federación. (1987). *"Servicios de Planificación Familiar".* México: Ley General de Salud. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4699269&fecha=30/05/1994#gsc.tab=0
7. Department of Reproductive Health and Research. (2018). *WHO Recommendations on Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights*. Geneva: World Health Organization. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241514606
8. World Health Organization. (2022). *Adolescent Pregnancy.* WHO. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy
9. Rivero-López, C., Hernández-Vargas, C., & Santoyo-Macías, C. (2019). *La Atención Médica del Adolescente: Una Prioridad en Medicina Familiar.* Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 57(4), 247-251. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32242648
10. Diario Oficial de la Federación. (2015). *"Para la Atención de la Salud del Grupo Etario de*

10 a 19 Años de Edad". Norma Oficial Mexicana NOM 047-SSA2-2015. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015#gsc.tab=0

11. Shamah-Levy, T., Vielma-Orozco, E., Heredia-Hernández, O., Romero-Martínez, M., Mojica-Cuevas, J., Cuevas-Nasu, L., Santaella-Castell, J., & Rivera-Dommarco, J. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en: https://insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/ensanut-2018-nacionales
12. Allen-Leigh, B., Villalobos-Hernández, A., Hernández-Serrato, M., Suárez, L., de la Vara, E., de Castro, F., & Schiavon-Ermani, R. (2013). *Inicio de Vida Sexual, Uso de Anticonceptivos y Planificación Familiar en Mujeres Adolescentes y Adultas en México.* Salud Pública de México, 55(2), S235-S240. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800021&lng=es
13. Lavielle-Sotomayor, P., Jiménez-Valdez, F., Vázquez-Rodríguez, A., Aguirre-García, M., Castillo-Trejo, M., & Vega-Mendoza, S. (2014). *Impacto de la Familia en las Conductas Sexuales de Riesgo de los Adolescentes.* Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 52(1), 38-43. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/738/1272
14. Blanquet-García, J., Montoya-Cázares, A., & Carranza-Lira, S. (2016). *Características Sociodemográficas de la Adolescente Embarazada en un Hospital de Alta Especialidad.* Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 54(3), S238-41. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/738/1272
15. Teal, S., & Edelman, A. (2021). *Contraception Selection, Effectiveness, and Adverse Effects: A Review*. JAMA: The Journal of American Medical Association, 326(24), 2507-2518. DOI: 10.1001/jama.2021.21392
16. World Health Organization. (2020). *Family Planning/Contraception Methods.* WHO. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception
17. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP). (2018). *Family Planning: A Global Handbook for Providers.* Baltimore and Geneva: CCP and WHO. Disponible en:

https://www.who.int/publications/i/item/9780999203705

18. Valles, N., & López, F. (2006). *Anticoncepción en la Adolescencia.* Semergen, *32*(6), 286-295. DOI: 10.1016/S1138-3593(06)73273-7.
19. Hubert, C., Villalobos, A., & Suárez-López, L. (2020). *Cambios en el calendario de uso de condón masculino en la primera y última relación sexual en distintas cohortes de mujeres.* Salud Pública de México, 62(1), 105-113. DOI: https://doi.org/10.21149/10418
20. Villalobos, A., Ávila-Burgos, L., Hubert, C., Suárez-López, L., de la Vara-Salazar, E., Hernández-Serrato, M., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2018). *Prevalencias y Factores Asociados con el Uso de Métodos Anticonceptivos Modernos en Adolescentes, 2012 y 2018.* Salud Pública de México, 62(6), 648-60. DOI: https://doi.org/10.21149/11519
21. Soto, F., Delgado, A., Becerra, M., Guillamón, M., & Jiménez, S. (2013). *DIU en Atención Primaria.* Medicina Integral, 41(3), 162-169. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-diu-atencion-primaria-13046291
22. Committee on Practice Bulletins-Gynecology (2017). *Practice Bulletin No 186: Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices.* Obstetrics & Gynecology, 130(5), e251-e269. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002400.
23. Moss, C., & Isley, M. (2015). *Sterilization: A Review and Update.* Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 42(4), 713-24. DOI: 10.1016/j.ogc.2015.07.003
24. Soriano, F., Rodenas, L., & Moreno, D. (2010). *Criterios de Elegibilidad de Métodos Anticonceptivos. Nuevas Recomendaciones.* Revista Clínica de Medicina de Familia, 3(3), 206-216. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000300009&lng=es.
25. Sánchez-Meneses, M., Dávila-Mendoza, R., & Ponce-Rosas, E. (2015). *Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes de un Centro de Salud.* Atención Familiar, 22(2), 35-38. DOI: 10.1016/S1405-8871(16)30044-X
26. Pérez-Blanco, A., & Sánchez-Valdivieso, E. (2020). *Nivel de Conocimiento Sobre Métodos Anticonceptivos y Salud Reproductiva en Adolescentes Mexicanos de Medio Rural.* Revista chilena de Obstetricia y Ginecología, 85(5), 508-515. DOI: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000500508.
27. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2019). *Family planning and the 2030 Agenda for Sustainable Development: Data Booklet*. Estimates and Projections of Family Planning Indicators. Disponible en:

https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_familyplanning_databooklet.pdf#:~:text=Family%20planning%20and%20the%202030%20Agenda%20for%20Sustainable,for%20in%20the%202030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development.

28. Del Pino, D. (2016). *Nivel de Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en Madres Adolescentes del "Centro de Salud Chorrillos I Gustavo Lanatta Luján" Febrero – Abril 2015.* Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Académico Profesional de Obstetricia. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12672/4826
29. García Pérez, Y., Araiza Cervantes, D., Ángeles Álvarez, C., & Gallegos Torres, RM. (2021). *Nivel de Conocimiento de Métodos Anticonceptivos en Estudiantes Universitarios.* European Scientific Journal, 17(10), 305-315. DOI: https://doi.org/10.19044/esj.2021.v17n10p305
30. Villareal-Ríos, E., Escorcia-Reyes, V., Vargas-Daza, E., Cu-Flores, L., Galicia-Rodríguez, L., & Carballo-Santander, E. (2022). *La Familia como Unidad de Análisis en la Investigación Científica en Medicina Familiar.* Revista Mexicana de Medicina Familiar, 9, 31-34. DOI: 10.24875/RMF.2100064
31. Villareal, E., Huato, A., Galicia, L., Escorcia, V., Vargas, E., & Carballo, E. (2022). *Family with Systemic Arterial Hypertension: Epidemiological Profile.* Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 39(2), 221-226. DOI: https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.392.11211
32. Abiodun, O., Sodeinde, K., Jagun, O., Ladele, A., Adepoju, A., Ohiaogu, F., Adelowo, O., Ojinni, O., Adekeye, J., Bankole, O., & Mbonu, F. (2020). *Influence of Perception of Family Support and Functioning on Adolescent High-Risk Sexual Behavior.* The American Journal Tropical Medicine Hygiene, 104(3), 1153-1163. DOI: 10.4269/ajtmh.20-0732
33. Steele, M., Simons, L., Sutton, T., & Gibbons, F. (2020). *Family Context and Adolescent Risky Sexual Behavior: An Examination of the Influence of Family Structure, Family Transitions and Parenting.* Journal of Youth and Adolescence, 49(6), 1179-1194. DOI: 10.1007/s10964-020-01231-z
34. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2021). *Planificación familiar, JuvenIMSS y métodos anticonceptivos, estrategias del Seguro Social contra embarazo adolescente: Comunicado.* México: IMSS. Disponible en: https://www.gob.mx/imss/prensa/planificacion-familiar-

juvenimss-y-metodos-anticonceptivos-estrategias-del-seguro-social-contra-embarazo-adolescente?idiom=es

35. Grossman, JM., Lynch, AD., Richer, AM., DeSouza, LM., & Ceder, I. (2019). *Extended-Family Talk about Sex and Teen Sexual Behavior.* International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(3), 480. DOI: 10.3390/ijerph16030480
36. Membrillo, A., Fernández, M., Quiroz, J., & Rodríguez, J. (2022). *Familia: Introducción al Estudio de sus Elementos.* 2a ED. México: Editores de Textos Mexicanos ETM. ISBN: 9786077817666
37. Irigoyen A. (2017). *Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar.* 7a ED. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana MFM. ISBN: 97896876064537
38. Anzures, R., Chávez, V., García, P., & Pons, O. (2013). *Medicina Familiar.* 2a ED. México: Corporativo Intermédica CORINTER. ISBN: 978-607-7618-44-7
39. Rosales-Córdova, NC., Garrido-Pérez, SMG., & Carrido-Ponte, F. (2017). *Funcionalidad Familiar y Afrontamiento en Pacientes con Incapacidad Permanente en una Unidad Médica Familiar.* Horizonte Sanitario, 16(2), 127-137. DOI: 10.19136/hs.v16i2.1592
40. Cassinda, MD., Angulo, L., Guerra, V., Louro, I., & Martínez, E. (2016). *Estructura Factorial, Confiabilidad y Validez de la Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar en Adultos Angolanos.* Revista Cubana Medicina General Integral, 32(4), 1-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000400005&lng=es.
41. Comité de Nivel Socioeconómico AMAI. (2021). *Nivel Socioeconómico AMAI 2022: Nota Metodológica.* Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión. Disponible en: https://www.amai.org/descargas/Nota_Metodologico_NSE_2022_v5.pdf
42. Comité de Nivel Socioeconómico AMAI. (2020). *Perfil de los Hogares según Nivel Socioeconómico 2020.* Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión. Disponible en: https://amai.org/NSE/index.php?queVeo=niveles
43. Ordónez, Y., Gutiérrez, R., Méndez, E., Alvarez, N., Lopez, D., et al. (2020). *Asociación de Tipología Familiar y Disfuncionalidad en Familias con Adolescentes de una Población Mexicana.* Atención Primaria. 52(10), 680-689. DOI: https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.011
44. De la Revilla, L. (2009). *Family Dysfunction or Crisis in Adolescent Development.*Atención Primaria. 41(9), 485 – 486. DOI: 10.1016/j.aprim.2009.06.006

45. Pérez Milena, A., Pérez, R., Martínez, M., Leal, F., et al. (2006). *Relación entre Violencia Escolar, Habilidades Sociales y Apoyo Sociofamiliar en la Adolescencia.* Atención Primaria. 38:164. DOI: 10.1016/j.aprim.2dd009.03.015

13. Anexos

ANEXO 1. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL **UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 7** **"PERFIL FAMILIAR Y CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD"**
FOLIO: **FECHA:**
DATOS GENERALES
NSS: **EDAD:**
ESTADO CIVIL: 1)Soltera ( ) 2) Casada ( ) 3) Unión libre ( ) 4) Divorciada ( )
ESCOLARIDAD: 1)Sin escolaridad ( ) 2) Primaria ( ) 3) Secundaria ( ) 4) Preparatoria ( ) 5) Técnico ( )
TIPOLOGÍA FAMILIAR:
FASE DEL CICLO VITAL FAMILIAR: 1)Matrimonio ( ) 2) Expansión ( ) 3) Dispersión ( ) 4) Independencia ( ) 5) Retiro y muerte ( )
FUNCIONALIDAD FAMILIAR: **Diagnóstico de acuerdo a la prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF-SIL):** 1) Funcional ( ) 3) Disfuncional ( ) 2) Moderadamente funcional ( ) 4) Severamente disfuncional ( )
NIVEL SOCIOECONÓMICO: **De acuerdo a la "Regla de NSE 2022" para la estimación del nivel socioeconómico:** 1) A/B ( ) 2) C+ ( ) 3) C ( ) 4) C- ( ) 5) D+ ( ) 6) D ( ) 7) E ( )
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: **De acuerdo al cuestionario de conocimientos sobre métodos anticonceptivos:** 1) Alto ( ) 2) Medio ( ) 3) Bajo ( )
ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS: 1) Menarca: _____ 4) Número de hijos vivos: _____ 7) Número de abortos: _____ 2) Edad de inicio de vida sexual: _____ 5) Número de partos: _____ 3) Número de gestas: _____ 6) Número de cesáreas: _____
MÉTODO ANTICONCEPTIVO USADO ACTUALMENTE: 1) Ninguno ( ) 2) Condón masculino ( ) 3) Condón femenino ( ) 4) Dispositivo intrauterino (DIU o T de cobre) ( ) 5) Pastillas anticonceptivas orales ( ) 6) Inyección mensual ( ) 7) Inyección bimensual ( ) 8) Inyección trimensual ( ) 9) Parche dérmico ( ) 10) Implante hormonal subdérmico ( ) 11) Otro: _____

ANEXO 2. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

V. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

A continuación, lea detenidamente y marque con un aspa (X) la respuesta correcta:

1. ¿Para qué sirven los métodos anticonceptivos?
   a. Para que la pareja decida cuándo y cuántos hijos tendrán.
   b. Para evitar los embarazos no deseados.
   c. Para tener los hijos en el momento más adecuado.
   d. Todas son correctas.

2. La elección del método anticonceptivo para una mujer depende:
   a. De la información que reciba la mujer
   b. De la decisión que tome la pareja
   c. De la elección que tome el médico
   d. De la opinión de su amiga

3. Que métodos anticonceptivos pueden ser utilizados por los adolescentes
   a. Solo métodos naturales
   b. Sólo condones
   c. Píldoras anticonceptivas
   d. No necesitan usarlos

4. ¿Quiénes pueden utilizar un método anticonceptivo?
   a. Las adolescentes no pueden utilizarlos
   b. Solo las mujeres que tienen hijos
   c. Las madres lactantes no pueden utilizarlos
   d. Cualquier mujer que no desee quedar embarazada

5. Son métodos naturales:
   a. El método del ritmo
   b. Método del collar
   c. Método de la lactancia materna
   d. Todas son correctas

6. Son métodos hormonales, excepto:
   a. Las píldoras
   b. Las inyecciones
   c. Los implantes
   d. T de cobre

7. Respecto al uso del condón masculino
   a. La colocación es con el pene erecto
   b. Se coloca después de la relación sexual
   c. Disminuye el placer sexual
   d. Solo se utiliza ante la sospecha de VIH de la pareja sexual.

8. Acerca de las píldoras anticonceptivas combinadas, pueden ser usadas por:
   a. Mujeres adolescentes
   b. Mujeres con cáncer de mama
   c. Mujeres hepatopatía activa
   d. Madres lactantes

9. Respecto al método de T de cobre:
   a. No es necesario acudir a controles hasta el retiro del dispositivo
   b. Puede provocar infertilidad
   c. No es adecuado para adolescentes
   d. Se puede retirar en el momento que no se desee continuar con el método

10. Sobre los métodos anticonceptivos definitivos, es cierto:
    a. Solo es posible en la mujer
    b. Solo es posible en el varón
    c. La Vasectomía no produce cambios en el placer sexual
    d. La Ligadura de Trompas debe ser autorizada por la mujer y su pareja.

11. Acerca del coito interrumpido (retirar el pene antes de que el varón eyacule):
    a. Es el mejor método para los adolescentes
    b. Nunca falla
    c. No importa si eyaculó un poco dentro, lo importante es que no sea todo
    d. No es un método que evita el embarazo, aún si eyacula fuera de la vagina

12. Respecto a las madres que dan lactancia materna:
    a. No deben utilizar ningún método ya que no es posible el embarazo
    b. Pueden tomar cualquier píldora anticonceptiva
    c. No deben tener relaciones sexuales
    d. Si pueden utilizar inyectable trimestral

13. Los efectos secundarios de píldoras anticonceptivas combinadas
    a. Cefalea
    b. Náuseas
    c. Mareos
    d. Disminución del deseo sexual

14. Sobre los métodos anticonceptivos, es cierto:
    a. Algunos pueden provocar cáncer
    b. Ninguno es seguro al 100%
    c. Todos son seguros al 100%
    d. Puede provocar infertilidad

15. ¿De estos métodos cuál es el más seguro?
    a. El condón masculino
    b. Las inyecciones anticonceptivas
    c. Los implantes hormonales
    d. Las píldoras anticonceptivas

ANEXO 3. CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

CUESTIONARIO DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia de manera cotidiana. Marque con una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que ocurre la situación.

N°	SITUACIONES FAMILIARES	1 Casi nunca	2 Pocas veces	3 A veces	4 Muchas Veces	5 Casi siempre
1	De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

ANEXO 4. "REGLA NSE 2022" PARA LA ESTIMACIÓN DEL NIVEL SOCIOECÓNOMICO DE ACUERDO A LA AMAI

CUESTIONARIO PARA LA APLICACIÓN DE LA REGLA AMAI 2022 Y TABLA DE CLASIFICACIÓN

A continuación se presenta el conjunto de preguntas que se deben realizar a cada hogar para aplicar correctamente la regla **AMAI 2022** para estimar el Nivel Socioeconómico.

En cada una de las categorías de respuesta se presenta el total de puntos que aporta al modelo para calcular el Nivel al que pertenece el hogar.

PREGUNTAS

1. Pensando en el jefe o jefa de hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela?

RESPUESTA	PUNTOS
No estudió	0
Primaria Incompleta	6
Primaria Completa	11
Secundaria Incompleta	12
Secundaria Completa	18
Carrera comercial	23
Carrera técnica	23
Preparatoria Incompleta	23
Preparatoria Completa	27
Licenciatura Incompleta	36
Licenciatura Completa	59
Diplomado o maestría	85
Doctorado	85

2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en esta vivienda?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	24
2 ó más	47

3. ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	22
2 ó más	43

4. Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿este hogar cuenta con internet?

RESPUESTA	PUNTOS
NO TIENE	0
SÍ TIENE	32

5. De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿cuántas trabajaron en el último mes?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	15
2	31
3	46
4 ó más	61

6. En esta vivienda, ¿cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	8
2	16
3	24
4 ó más	32

ANEXO 5. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN MAYORES DE 18 AÑOS DE EDAD.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Perfil familiar y nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad.
Patrocinador externo (si aplica) *:	No aplica.
Lugar y fecha:	U.M.F. No. 7 IMSS, San Juan del Rio, Querétaro.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar el perfil familiar y nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad. En las Unidades de Medicina Familiar se cuenta con programas y espacios enfocados a Planificación Familiar sin embargo sus acciones son encaminadas de manera individualizada sin tomar en cuenta el núcleo familiar. El conocer las diferentes dimensiones que componen un perfil familiar como es el ciclo vital, tipología familiar, funcionalidad familiar y nivel socioeconómico admitirá identificar nuevos escenarios a trabajar dentro de la familia que cuenta con un elemento adolescente, escenarios que permitirán conducir acciones en pro de favorecer el uso correcto y el conocimiento suficiente de los métodos anticonceptivos que sin duda se verá reflejado en la disminución de los embarazos no deseados y de la morbi-mortalidad perinatal.
Procedimientos:	Se explica al adolescente mayor de edad que su participación en esta investigación consistirá solo en contestar una serie de cuestionarios sobre datos personales, funcionalidad familiar, nivel socioeconómico y conocimiento de los métodos anticonceptivos de manera anónima donde respetaremos y protegeremos siempre su identidad. Se acompañará al adolescente a una de las aulas ubicadas en enseñanza de la UMF 7 en donde aplicaremos los cuestionarios antes mencionados, la toma de datos y llenado de los cuestionarios tomará un tiempo aproximado de entre 30 a 60 minutos. La información obtenida será resguardada y protegida teniendo acceso a ella solo el equipo de investigación y será utilizada únicamente para la elaboración de este trabajo de investigación.
Posibles riesgos y molestias:	Se me ha explicado que no representa algún riesgo para la salud, sin embargo podría ocasionar incomodidad.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Después del análisis de los datos la unidad de medicina familiar recibirá las evidencias del estudio lo cual permitirá planear estrategias enfocadas en los adolescentes y su familia para adoptar acciones que beneficien la atención y orientación de los adolescentes y mejorando el conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos con la finalidad de disminuir los embarazos no deseados en este grupo de edad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados se entregaran si así lo desea ya que es parte de sus derechos en la colaboración de este estudio.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha asegurado que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Autorización de participación:

☐	No autorizo participar en el estudio.
☐	Si autorizo participar en el estudio.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio: Implementar estrategias y adoptar acciones que beneficien la atención y orientación de los adolescentes respecto a los métodos anticonceptivos mejorando su nivel de conocimiento con la finalidad de disminuir los embarazos no deseados en este grupo de edad.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:	Erasto Carballo Santander. Médico Especialista en Medicina Familiar. Telefono:4422501821. Correo electrónico: erastocsantander@gmail.com
Colaboradores:	Erandi Gabriela Rincón Núñez. Médico Residente de Medicina Familiar. Teléfono: 443 107 9842. Correo electrónico: eraa_93@hotmail.com Marlet Araceli Rebolledo Gallardo. Médico Especialista en Medicina Familiar. Teléfono: 552 740 0388. Correo electrónico: marlet.rg83@gmail.com

En caso de dudas, dirigirse al Comité de Etica en investigación localizado en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No. 1 Querétaro, Querétaro, de Lunes A Viernes de 08:00 a 16:00 hrs. al teléfono de 442 211 2337 en el mismo horario o al correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com

Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá complementarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

* En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica.

Clave: 2810-009-01

ANEXO 6. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (PADRES Y REPRESENTANTES LEGALES DE NIÑOS O PERSONAS CON DISCAPACIDAD)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Perfil familiar y nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad.
Patrocinador externo (si aplica) *:	No aplica.
Lugar y fecha:	U.M.F. No. 7 IMSS, San Juan del Rio, Querétaro.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar el perfil familiar y nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad. En las Unidades de Medicina Familiar se cuenta con programas y espacios enfocados a Planificación Familiar sin embargo sus acciones son encaminadas de manera individualizada sin tomar en cuenta el núcleo familiar. El conocer las diferentes dimensiones que componen un perfil familiar como es el ciclo vital, tipología familiar, funcionalidad familiar y nivel socioeconómico admitirá identificar nuevos escenarios a trabajar dentro de la familia que cuenta con un elemento adolescente, escenarios que permitirán conducir acciones en pro de favorecer el uso correcto y el conocimiento suficiente de los métodos anticonceptivos que sin duda se verá reflejado en la disminución de los embarazos no deseados y de la morbi-mortalidad perinatal.
Procedimientos:	Se explica al padre y/o tutor, así como al adolescente que su participación en esta investigación consistirá solo en contestar una serie de cuestionarios sobre datos personales, funcionalidad familiar, nivel socioeconómico y conocimiento de los métodos anticonceptivos de manera anónima donde respetaremos y protegeremos siempre su identidad. Se llevará al adolescente en compañía de su padre y/o tutor a una de las aulas ubicadas en enseñanza de la UMF 7 en donde aplicaremos los cuestionarios antes mencionados, la toma de datos y llenado de los cuestionarios tomará un tiempo aproximado de entre 30 a 60 minutos. La información obtenida será resguardada y protegida teniendo acceso a ella solo el equipo de investigación y será utilizada únicamente para la elaboración de este trabajo de investigación.
Posibles riesgos y molestias:	Se me ha explicado que no representa algún riesgo para la salud, sin embargo podría ocasionar incomodidad.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Después del análisis de los datos la unidad de medicina familiar recibirá las evidencias del estudio lo cual permitirá planear estrategias enfocadas en los adolescentes y su familia para adoptar acciones que beneficien la atención y orientación de los adolescentes y mejorando el conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos con la finalidad de disminuir los embarazos no deseados en este grupo de edad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados se entregaran si así lo desea ya que es parte de sus derechos en la colaboración de este estudio.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador responsable me ha asegurado que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Autorización de participación:

☐	No autorizo participar en el estudio.
☐	Si autorizo participar en el estudio.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio:	Implementar estrategias y adoptar acciones que beneficien la atención y orientación de los adolescentes respecto a los métodos anticonceptivos mejorando su nivel de conocimiento con la finalidad de disminuir los embarazos no deseados en este grupo de edad.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:	Erasto Carballo Santander. Médico Especialista en Medicina Familiar. Telefono:4422501821. Correo electrónico: erastocsantander@gmail.com
Colaboradores:	Erandi Gabriela Rincón Núñez. Médico Residente de Medicina Familiar. Teléfono: 443 107 9842. Correo electrónico: eraa_93@hotmail.com Marlet Araceli Rebolledo Gallardo. Médico Especialista en Medicina Familiar. Teléfono: 552 740 0388. Correo electrónico: marlet.rg83@gmail.com

En caso de dudas, dirigirse al Comité de Etica en investigación localizado en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No. 1 Querétaro, Querétaro, de Lunes A Viernes de 08:00 a 16:00 hrs. al teléfono de 442 211 2337 en el mismo horario o al correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com

Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá complementarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

* En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica.

Clave: 2810-009-01

ANAEXO 7. CARTA DE ASENTIMIENTO EN MENORES DE EDAD.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 17 años)

Nombre del estudio: Perfil familiar y nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad.

Número de registro institucional _____

- Objetivo del estudio y procedimientos: Identificar el perfil familiar y nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad.
- Se explica al padre y/o tutor, así como al adolescente que su participación en esta investigación consistirá solo en contestar una serie de cuestionarios sobre datos personales, funcionalidad familiar, nivel socioeconómico y conocimiento de los métodos anticonceptivos de manera anónima respetando y protegiendo siempre su identidad. Se llevará al adolescente en compañía de su padre y/o tutor a una de las aulas ubicadas en enseñanza de la UMF 7 en donde se le aplicaran los cuestionarios antes mencionados, la toma de datos y llenado de los cuestionarios tomará un tiempo aproximado de entre 30 a 60 minutos. La información obtenida será resguardada y protegida teniendo acceso a ella solo los investigadores implicados y será utilizada únicamente para la elaboración de este trabajo de investigación.

Hola, mi nombre es Erandi Gabriela Rincón Núñez y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca del perfil familiar y el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en contestar una serie de cuestionarios.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (Si se proporcionará información a los padres, favor de mencionarlo en la carta)

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **(x)** en el cuadrito de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.

☐ Si quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: _____

Fecha: _____

Clave: 2810-009-014