

2023
" Perfil epidemiológico de las mujeres embarazadas no aceptantes de
métodos de planificación familiar"

Médico general Gladys Herichsema Valencia Hernández



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

**“PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS NO
ACEPTANTES DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR”**

Tesis

Que como parte de los requisitos
para la obtención del Diploma de

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Médico General Gladys Herichsema Valencia Hernández

Dirigido por:

M.I.M.S.P. Verónica Escorcía Reyes

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
Dirección de Investigación y Posgrado

**“PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS NO
ACEPTANTES DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR”**

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtención del diploma de
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General Gladys Herichsema Valencia Hernández

Dirigido por:

M.I.M.S.P. Verónica Escorcía Reyes

Presidente: M.I.M.S.P. Verónica Escorcía Reyes

Secretario: Med. Esp. José Luis Loya Martínez

Vocal: Med. Esp. Ivonne Rosillo Ortiz

Suplente: Med. Esp. Erasto Carballo Santander

Suplente: Mtro. Omar Rangel Villicaña

Centro Universitario,
Querétaro, Qro. Enero 2024
México

DEDICATORIA:

A mi padre que fue siempre mi pilar, mi inspiración y mi fuerza, a pesar de no encontrarte en este espacio, sé que estarías a mi lado, guiándome y celebrando este escalón. Tu amor fue el tesoro más valioso que he tenido en la vida, gracias mi gran amor.

A mi valiente por esos 3 años que me prestaste, pues mi existencia es tuya. Deseo que el día que puedas leer esto y comprenderlo; tengas presente, que siempre podrás escribir en tu libro lo que tú desees, no importa en qué momento, nadie bebé, puede limitarte.

AGRADECIMIENTOS:

A Iván Reyes Grande, por tu fortaleza en esta etapa. No faltaste, cuando faltó todo a mí alrededor, por deshacer las maletas antes de emprender el viaje... Siempre...

Dra. Verónica Escorcía Reyes, por llevarme de la mano, con el temple que necesite. Por tener las palabras exactas para levantarme. Por recordarme que todo es enseñanza. Por darme la oportunidad de que la mejor, me asesorara. Gracias infinitas.

A mis compañeros y amigos de residencia, porque en la vida, nada es casualidad, los días fueron lluviosos, nublados, soleados, pero así es la vida, simplemente los llevo en mi corazón.

A mis maestros Dra. Rosillo, Dr. Solano, Dr. Loya, por prestar lo más valioso que tiene un ser humano... Su tiempo.

Índice

Contenido	Página
Dedicatorias	I
Agradecimientos	II
Índice	III
Índice de cuadros	V
Resumen	VI
Summary	VII
I. Introducción	1
II Antecedentes	4
II.1 Planificación familiar	5
II.2 Perfil epidemiológico del uso de anticonceptivos	6
II.3 Métodos anticonceptivos	8
II.3.1 Hormonal oral	8
II.3.2 Hormonal inyectable progestina	8
II.3.3 Implante subdermico	10
II.3.4 Dispositivo intra uterino	10
II.3.5 Dispositivo intra uterino liberador de levonorgestrel	11
II.4 Criterios médicos de elegibilidad	11
II.5 Causas de no aceptación de métodos anticonceptivos	12
II.6 Perfil familiar	13
II.6.1 Tipología familiar	13
II.6.2 Funcionalidad familiar	15
II.6.2.1 Instrumento de funcionalidad familiar	16
II.7 Perfil conyugal	17
II.7.1 Escala de satisfacción marital	18

III	Hipótesis	19
III.1	Hipótesis estadística	19
IV	Objetivos	20
IV.1	Objetivos generales	20
IV.2	Objetivos específicos	21
V	Material y métodos	21
V.1	Tipo de investigación	21
V.2	Población o unidad de análisis	21
V.3	Criterios de selección	21
V.4	Muestra y tipo de muestra	22
V.5	VARIABLES estudiadas	23
V.6	Procedimiento	23
V.7	Análisis estadístico	24
V.8	Consideraciones éticas	24
VI	Resultados	26
VII	Discusión	35
VIII	Conclusiones	39
IX	Propuestas	39
X	Referencias bibliográficas	41
XI	Anexos	50

Índice de Cuadros

Cuadro		Página
VI.1	Estado civil de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar	27
VI.2	Escolaridad de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar	27
VI.3	Ocupación de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar	38
VI.4	Religión de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar	29
VI.5	Perfil económico de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar	29
VI.6	Adicciones de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar	30
VI.7	Tipo de familia de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar	30
VI.8	Ciclo vital familiar de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar	31
VI.9	Funcionalidad familiar de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar	31
VI.10	Funcionalidad conyugal de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar	32
VI.11	Métodos de planificación familiar anteriormente utilizados de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar	33
VI.12	Motivo de no aceptación de métodos de planificación familiar de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar	34

Resumen

La salud sexual y reproductiva es considerada un derecho humano fundamental. La educación en planificación familiar tiene como objetivo proporcionar a los derechohabientes la información que necesitan para tomar decisiones sobre el uso correcto de anticonceptivos. La información otorgada, las experiencias y actitudes relacionadas con la atención médica y los contextos socioculturales son factores determinantes para la utilización, continuidad y no aceptación de algún método anticonceptivo, durante y posterior al embarazo. **Objetivo:** Determinar el perfil epidemiológico de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal, descriptivo, en mujeres embarazadas derechohabientes del Hospital General de zona No 3, del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Juan del Río, Querétaro. Se realizó durante 6 meses posterior a la autorización del comité de ética e investigación. Tamaño de muestra se obtuvo con fórmula para población infinita de porcentajes, $n=238$. Técnica muestral no probabilística, muestreo por cuota. Se estudiaron variables de perfil social (edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión), perfil económico (nivel socioeconómico), perfil familiar (tipo de familia, ciclo familiar, funcionalidad familiar), perfil conyugal (funcionalidad conyugal), perfil de uso de métodos (métodos de planificación familiar utilizados anteriormente y motivo de no aceptación de método de planificación familiar) y variables en salud (número de embarazos, edad del primer embarazo, inicio de vida sexual activa, edad gestacional, comorbilidades, alcoholismo, tabaquismo y toxicomanías). Para el procesamiento de datos y análisis estadístico se utilizaron promedios, porcentajes, desviación estándar e intervalos de confianza. **Resultados:** Se estudiaron un total de 238 mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar, con un promedio de edad de 27.07 años, promedio de edad de inicio de vida sexual activa de 17.73 años, edad del primer embarazo con una media de 21.94 años, estado civil predominó la unión libre en un 56.3%, escolaridad preparatoria en 54.2%, labores en el hogar en 52.1%, religión católica en 65.5%, clase media baja en 71%, alcoholismo en 7.1%, familia nuclear en 52.9%, el ciclo vital familiar se encuentra en extensión en 55%, las familias funcionales se encontraron en 81.1%, la satisfacción marital se presentó en 87.0%, el 64.7% las participantes no han utilizado ningún método de planificación familiar, en relación a los motivos de no aceptación de método de planificación familiar se encontró en 34.87% por desacuerdo de pareja, seguido de 18.90% por efectos secundarios. **Conclusiones:** Las principales causas de no aceptación de métodos de planificación familiar de las mujeres embarazadas son desacuerdo de la pareja y miedo a efectos secundarios.

Palabras clave: perfil epidemiológico, embarazo, planificación familiar.

Summary

Sexual and reproductive health is considered a fundamental human right. Family planning education aims to provide beneficiaries with the information they need to make decisions about the correct use of contraceptives. The information provided, the experiences and attitudes related to medical care and the sociocultural contexts are determining factors for the use, continuity, and non-acceptance of any contraceptive method, during and after pregnancy. **Objective:** Determine the epidemiological profile of pregnant women who do not accept family planning methods. **Materials and Methods:** Cross-sectional, descriptive study in pregnant women beneficiaries of the General Hospital of the area No 3, San Juan del Río, Querétaro IMSS. It was carried out for 6 months after authorization from the ethics and research committee. Sample size was obtained with formula for infinite population of percentages, $n=238$. Non-probabilistic sampling technique, quota sampling. Variables of social profile (age, marital status, education, occupation, religion), economic profile (socioeconomic level), family profile (type of family, family cycle, family functionality), marital profile (marital functionality), use profile were studied. of methods (family planning methods previously used and reason for non-acceptance of the family planning method) and health variables (number of pregnancies, age of first pregnancy, start of active sexual life, gestational age, comorbidities, alcoholism, smoking, and drug addictions). Averages, percentages, standard deviation, and confidence intervals were used for data processing and statistical analysis. **Results:** A total of 238 pregnant women who did not accept family planning methods were studied, with an average age of 27.07 years, average age of initiation of active sexual life of 17.73 years, age of first pregnancy with an average of 21.94 years, marital status predominated: common-law union in 56.3%, preparatory schooling in 54.2%, housework in 52.1%, Catholic religion in 65.5%, lower middle class in 71%, alcoholism in 7.1%, nuclear family in 52.9%, the family life cycle is extended in 55%, functional families were found in 81.1%, marital satisfaction was present in 87.0%, 64.7% of the participants have not used any family planning method, in relation to the reasons for Non-acceptance of the family planning method was found in 34.87% due to couple disagreement, followed by 18.90% due to side effects. **Conclusions:** The main causes of non-acceptance of family planning methods by pregnant women are couple disagreement and fear of side effects.

Keywords: epidemiological profile, pregnancy, family planning.

I. Introducción

La atención de la salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de planificación familiar y la información, se reconoce no solo como una intervención clave para mejorar la salud de las mujeres y los niños, sino también como un derecho humano. Todas las personas tienen derecho al acceso, la elección y los beneficios del progreso científico en la selección de métodos de planificación familiar. (Vázquez, I. 2018)

Un enfoque basado en los derechos para la dotación de anticonceptivos supone una visión integral de las usuarias, considerar sus necesidades de atención de la salud sexual y reproductiva, sus características individuales y una adecuada evaluación basada en los criterios médicos de elegibilidad, esto en conjunto ayudará al personal de salud a ofrecer el método de planificación familiar más adecuado. (Gómez., I. & Durán., A. 2017).

La proporción de mujeres en edad fértil que interrumpieron o abandonaron algún método anticonceptivo es muy alta. Algunas razones están directamente relacionadas con el método, su costo o la insatisfacción provocada por sus efectos adversos, incluidos cambios importantes en las mujeres (edad, número de parejas, número de hijos). La interrupción del tratamiento suele estar relacionada con relaciones a corto plazo o con una baja frecuencia de actividad sexual. (Barrera., C. & Olvera., R. 2020)

Es importante que las usuarias conozcan los distintos métodos anticonceptivos, los posibles efectos secundarios y cambios en los patrones de sangrado menstrual, así como recibir una orientación médica y control accesibles, estableciendo así el método anticonceptivo más apropiado para la mujer, evitando el abandono del método o un embarazo no planificado. (Barrera., C. & Olvera., R. 2020)

Es importante recalcar que las barreras a la anticoncepción posparto existen en los contextos sociales, ambientales y personales de las mujeres. Entre

los más frecuentes se incluyen la educación deficiente, los sistemas de seguimiento posparto débiles, la desaprobación de la pareja, las creencias religiosas y el miedo a los efectos secundarios. (Vázquez., S. & Ortiz., Á. 2020)

II. Antecedentes

La salud sexual y reproductiva es una parte integral de la salud general de la mujer. El acceso a estos servicios está determinado por una amplia gama de factores que incluyen la cobertura, el acceso, las políticas nacionales y estatales, disponibilidad y características de la atención en salud, así como las preferencias y experiencias individuales de las usuarias. (Vázquez., I. 2018)

El embarazo no planificado es un importante problema de salud pública en todo el mundo. La implementación de la planificación familiar es una estrategia importante, en el que se debe asesorar a las mujeres sobre el espaciamiento y planificación de los nacimientos, la NOM-005--SSA2-1993 establece que se deben ofrecer las opciones anticonceptivas, proporcionar métodos anticonceptivos si se solicitan y valorar las necesidades de cada usuaria de manera personalizada. (Silva et al, 2016) (NOM 005-SSA2-1993. (2004)

El aumento del uso de métodos de planificación familiar a través de un mejor asesoramiento y educación podría disminuir resultados negativos, por tal motivo la consejería debe ofrecerse durante la atención de la mujer en sus diferentes etapas, cuando solicita atención médica, en control pre y postnatal, considerando en todo momento la decisión y consentimiento responsable e informado de la mujer. (NOM 005-SSA2-1993. (2004)

El acceso a la anticoncepción es de suma importancia para la salud y el bienestar de las mujeres en todo el mundo. El embarazo no deseado tiene consecuencias económicas y sociales importantes, como bajos niveles de educación, escasas oportunidades de empleo y pobreza intergeneracional. (Cohen et al, 2020)

Más allá de las consecuencias sanitarias, sociales y económicas, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva ha sido reconocido por la comunidad mundial de salud pública y las organizaciones intergubernamentales como un derecho humano fundamental. (Cohen et al, 2020)

Las mujeres enfrentan muchas barreras que obstaculizan la utilización de los servicios de planificación familiar y estas incluyen; miedo a los efectos secundarios, falta de conocimiento, barreras culturales y sociales. Comprender los factores que influyen en el uso de métodos anticonceptivos es fundamental para el desarrollo de programas eficaces de planificación familiar. (Asiimwe et al, 2014)

Desde el ámbito de la salud pública, se debe proporcionar consejería anticonceptiva porque contribuye a alcanzar importantes resultados en salud y bienestar: disminución de la muerte materna e infantil, promoción de la equidad de género, mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres y sus familias, reducción de la pobreza y ahorros económicos considerables a los sistemas de salud. (NOM 005-SSA2-1993. (2004)

Proporcionar consejería anticonceptiva efectiva respetando su cultura permite a las mujeres identificar y elegir métodos de su conveniencia y buscar activamente los servicios, lo cual mejora la cobertura y disminuye la demanda insatisfecha. A mediano plazo, favorecerá el logro de importantes resultados en salud y bienestar para las familias, las comunidades y la sociedad. (García et al, 2018)

II.1 Planificación Familiar

La planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la edad y el estado social o legal de las personas. (NOM 005-SSA2-1993. 2004)

La tasa de prevalencia de anticonceptivos es “el porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) que están casadas o en unión: que usan o cuya pareja sexual está usando, al menos un método anticonceptivo, independientemente del método. Esta tasa sirve como una medida indirecta del acceso a los servicios de salud reproductiva y es un indicador de la salud, de la población, del desarrollo y el empoderamiento de la mujer, que son esenciales para cumplir con los Objetivos del Desarrollo Sostenible especialmente los relacionados con la mortalidad infantil y la salud materna. (Osborn et al, 2021)

En nuestro país, los servicios de planificación familiar comprenden la información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos, identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, prevención de enfermedades de transmisión sexual y atención materno infantil, constituyen un conjunto de acciones, cuyo propósito es contribuir al logro del estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, así como al bienestar de la población. Los servicios de planificación familiar que se imparten por personal de salud, deben comprender las siguientes actividades: (NOM 005-SSA2-1993. 2004)

- Promoción y difusión.
- Información y educación.
- Consejería.
- Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos.
- Identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad.

II.2 Perfil epidemiológico del uso de anticonceptivos

Se ha reportado que más de 214 millones de mujeres en edad reproductiva en países en desarrollo que quieren evitar un embarazo no están usando métodos anticonceptivos modernos. (Sinha et al, 2020)

En un estudio realizado en la India, el mayor porcentaje de aceptación (43.77%) de los métodos anticonceptivos se encontró en mujeres en el grupo de 25 a 29 años. El porcentaje más bajo de aceptación se encontró en el grupo de 15 a 19 años (16.86%). El 62.3% de la población urbana utilizó métodos anticonceptivos en comparación con el 56.3% de la población rural. (Mandloi et al, 2015)

Al analizar el promedio de aceptación de métodos anticonceptivos respecto a la escolaridad, se encontró que la mayor aceptación fue para las personas con un nivel escolar medio superior (2.70%), seguido de aquellas personas con un nivel escolar superior (2.51%) y el nivel más bajo de aceptación fue para las personas con un nivel bajo de escolaridad (2.18%). Respecto al estado socioeconómico, el porcentaje más alto de aceptación fue para el estrato alto (2.68%), seguido del nivel medio-alto (2.54%), y por último el nivel medio – bajo. (2.48%). (Mazón & Castillo, 2019)

Cano et al. demostró que el inicio de vida sexual fluctuó entre los 14 a los 25 años de edad. El número de hijos varío desde 0-5, habiendo tenido 3 hijos el 38% de la población. (Cano., C. & López., W. 2018)

En otro estudio se demostró que las mujeres con edades menores a 25 años tienen un 33% menos de probabilidad de aceptación de anticonceptivos que las mujeres entre 25 y 34 años. Además, las mujeres con escolaridades mayores o iguales a 7 años de escolaridad tienen una mayor probabilidad (71%) de aceptar el uso de anticonceptivos. (Casique., I.2003)

El número de niños vivos tuvo un impacto significativo en el uso de anticonceptivos. Aquellas mujeres que completaron su familia al tener al menos dos hijos (norma de familia pequeña) están usando métodos anticonceptivos

más que las mujeres con menor número de hijos. Esto puede deberse al hecho de que muchas parejas decidieron completar su familia con dos hijos, también se encontró que el uso de anticonceptivos era mayor entre las mujeres que tenían dos hijos en comparación con las parejas que tenían tres o más hijos. (Osborn et al, 2021)

Se encontró que la mayoría de las mujeres enfrentan importantes barreras cognitivas debido a que carecen de conocimiento y comprensión de la concepción y la anticoncepción. El analfabetismo de las mujeres es uno de los factores que afecta el conocimiento sobre la anticoncepción. (Shahzadi. U. 2013)

Por otro lado, se describe que las mujeres que no aceptaron los anticonceptivos estaba relacionado con creencias religiosas. En consecuencia, estudios anteriores informan que las mujeres creen que el uso de anticonceptivos es aceptable en la religión cuando se usa para espaciar los embarazos, aunque no para el control de la fertilidad. Abordar las barreras religiosas con respecto al uso de anticonceptivos es fundamental en los programas de salud reproductiva y debe abordarse utilizando enfoques personalizados en colaboración con líderes religiosos. (Gele et al, 2021)

En México, al analizar el promedio de aceptación de métodos anticonceptivos, se encontró que, respecto a la religión, el porcentaje con mayor aceptación (2.62%) fue para la religión católica, mientras que para quienes no profesan alguna religión la aceptación fue menor (2.26%), el porcentaje más bajo de aceptación fue para las personas de otra religión (2.47%). (Mazón & Castillo, 2019)

II.3 Métodos anticonceptivos

II.3.1 Hormonal oral

Los anticonceptivos hormonales orales son métodos temporales y se dividen en dos grupos:

- Los combinados de estrógeno y progestina
- Los que contienen sólo progestina.

El mecanismo de acción de los anticonceptivos hormonales combinados consiste en inhibir el pico de hormona luteinizante (LH), inhibir el aumento de hormona folículo estimulante (FSH) y el reclutamiento, la dominancia y la selección folicular; también logran espesar el moco cervical, producir atrofia endometrial y alterar el transporte tubárico. Los anticonceptivos derivados de la progestina son fármacos que incluyen derivados de la progesterona o de la testosterona. Los gestágenos sintéticos permiten obtener los beneficios de estas hormonas intentando minimizar sus efectos secundarios, tales como el metabolismo hepático de primer paso. Todas las progesteronas producen retroalimentación negativa sobre la secreción de gonadotropinas, con inhibición de la ovulación y reducción de la síntesis de andrógenos. (Soriano et al, 2010)

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 92 al 99%. Como efectos adversos, algunas mujeres pueden presentar cefalea, náusea, vómito, mareo, mastalgia, cloasma o manchado intermenstrual. (NOM 005-SSA2-1993. 2004)

II.3.2 Hormonal inyectable progestina

Los anticonceptivos hormonales inyectables, son métodos temporales y se dividen en dos grupos:

- Los que contienen sólo progestina.
- Los combinados.

Los anticonceptivos solo de progestina son métodos anticonceptivos altamente eficaces, donde su mecanismo de acción se basa, principalmente, en el efecto del progestágeno a nivel central (retrocontrol negativo en el eje

hipotálamo-hipofisario) y periférico (atrofia endometrial, alteración de la motilidad tubárica y engrosamiento del moco cervical). (Valdés., B. & Castelo., B. 2020)

En cuanto a los anticonceptivos hormonales inyectables combinados: Existen cuatro tipos y son los siguientes:

- Cipionato de estradiol 5 mg + acetato de medroxiprogesterona 25 mg en 0.5 ml de suspensión acuosa microcristalina.
- Valerianato de estradiol 5 mg + enantato de norestisterona 50 mg en 1 ml de solución oleosa.
- Enantato de estradiol 5 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 75 mg en 1 ml de suspensión acuosa.
- Enantato de estradiol 10 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg en 1 ml de suspensión acuosa. (NOM 005-SSA2-1993. 2004) (Rodríguez et al, 2003)

Los métodos inyectables bajo condiciones habituales de uso, tienen una eficacia de más del 99 %, tan buena como la esterilización quirúrgica. (Rodríguez et al, 2003)

Es probable que ocurran cambios en el sangrado menstrual, incluyendo goteo leve o sangrado (muy comunes al principio), sangrado abundante, que es raro, pero puede ocurrir al inicio, amenorrea la cual es normal, especialmente después del primer año de uso, puede ocasionar aumento de peso (como promedio 1-2 kg por año), retraso en el retorno de la fertilidad, puede ocasionar cefalea, mastalgia, cambios de humor, náuseas, pérdida del cabello, disminución del deseo sexual y/o acné en algunas mujeres. (Secretaría de Salud, 2014)

II.3.3 Implante subdérmico

Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, que se inserta subdérmicamente y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética (no contiene estrógeno). Bajo condiciones

habituales de uso este método brinda protección anticonceptiva superior al 99% durante el primer año. Después disminuye gradualmente (96.5% al quinto año de uso). Como efecto secundario algunas mujeres pueden presentar hematoma en el área de aplicación, infección local, dermatosis, irregularidades menstruales (hemorragia, manchado por tiempo prolongado o amenorrea), cefalea, mastalgia. La migración a distancia de los implantes subdérmicos colocados correctamente es rara (NOM 005-SSA2-1993. 2004)

II.3.4 Dispositivo Intrauterino

Los dispositivos intrauterinos se colocan dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos de carácter temporal. El componente activo consiste en 380 mm² de superficie de cable de cobre expuesto. Los iones de cobre a nivel endometrial son tóxicos para el espermatozoide y proveen el efecto anticonceptivo pre concepcional. Se han notado tasas de embarazo durante el primer año de uso típico para DIU de cobre (T380A) de 0.6-0.8 por cada cien mujeres. (Vargas & Estrada. 2013)

En general, el DIU es bien tolerado por la mayoría de las usuarias. Los efectos colaterales son poco frecuentes, generalmente limitados a los primeros meses posteriores a la inserción y se pueden manifestar como dolor pélvico durante el periodo menstrual y aumento de la cantidad y duración del sangrado menstrual. La perforación uterina de los DIU es rara (1/1,000 inserciones) (Wu et al, 2018)

II.3.5 Dispositivo Intrauterino liberador de levonorgestrel

Las concentraciones locales altas de levonorgestrel causan supresión uniforme de la proliferación endometrial lo que produce decidualización estromal y una histología inactiva, estas alteraciones del ambiente uterino son nocivas

para la viabilidad y motilidad espermáticas y también para el proceso de fertilización. Además, ha demostrado alterar la zona pelúcida y su expresión de sitios de unión a los espermatozoides humanos y es capaz de engrosar el moco cervical y suprimir la ovulación en algunas mujeres. (NOM 005-SSA2-1993. 2004)

Tiene gran eficacia durante un periodo de 5 años: su tasa de fallo durante el primer año es del 0.2% y del 0.7% en los cinco años siguientes. Puede producir sangrados irregulares durante los tres primeros meses y en aproximadamente el 20% de los casos, existe amenorrea a lo largo del primer año. Sus desventajas son: incremento de peso, acné y cambios en el estado de ánimo. (Arias., J. 2012)

II.4 Criterios médicos de elegibilidad

Los criterios médicos de elegibilidad son las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca de la seguridad de los diversos métodos anticonceptivos en relación con su uso en el contexto de condiciones médicas y características específicas. (Guía de implementación de los criterios médicos de elegibilidad de anticonceptivos, 2018)

En dichos criterios se determina la seguridad de cada método. En el contexto de condiciones médicas o características médicas relacionadas, la anticoncepción se adopta a través de varias consideraciones: Primero, si el método anticonceptivo empeora la condición médica o crea riesgos adicionales para la salud y segundo, sí las condiciones médicas reducen la efectividad de los métodos anticonceptivos. La seguridad del método debe sostenerse con los beneficios de prevenir embarazos no deseados. (Lineamientos técnicos para la prescripción y uso de métodos anticonceptivos en México, 2022)

Clasificación de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos:

Categoría 1: Situación para la que no existen restricciones al uso del método anticonceptivo.

Categoría 2: Situación en la que, en general, las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados.

Categoría 3: Situación en la que, en general, los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método.

Categoría 4: Situación en la que el uso del método anticonceptivo en cuestión constituye un riesgo inaceptable para la salud.

II.5 Causas de no aceptación de método anticonceptivos

En el estudio de Manna et al., el miedo a los efectos secundarios se observó como una causa de no utilización. (Manna et al, 2019)

En otro estudio se encontró que 34 mujeres de 136 (25%) que escucharon sobre Cu-T pensaban que causaba cáncer, 27.9% pensaba que habría perforación al utilizarlo, 19,8% de ellas su familiar o esposo se oponía al uso de este método. El miedo a los efectos secundarios fue un determinante importante para el uso de anticonceptivos, el 13% rehusó el uso de píldoras anticonceptivas por miedo al aumento de peso, 11.7% por sangrado irregular, 1.7% por miedo a la infertilidad. El condón no fue preferido ya que en el 71.55% el esposo se opuso. (Barman et al, 2021)

De acuerdo a los hallazgos de Khan et al. La mayoría de las mujeres con necesidades insatisfechas (75%) cree que los métodos anticonceptivos pueden ser dañinos. Las principales razones para no utilizar nunca métodos de planificación familiar fueron la lactancia actual y el miedo a los efectos secundarios (33% cada uno) y el 59.4% por la creencia de que ocasionan problemas menstruales. (Khan et al, 2019)

Entre aquellas pacientes que declinaron el uso de anticonceptivos (n = 174), el 37% informó razones familiares, culturales y religiosas; aproximadamente el 27% informó factores relacionados con la usuaria (falta de conocimiento, timidez, etc.); y alrededor del 20% informó factores relacionados con la anticoncepción: disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, efectos secundarios como causa de la declinación. (Agarwal & Samanta 2017)

En otro estudio se menciona que las causas comunes de no aceptación entre la población de estudio fueron el deseo de tener hijos (39.3%), el miedo de efectos secundarios (32.1%), interferencia con el proceso de normalidad del cuerpo (38.4%), preocupación por la salud (37.5%), deseo de un hijo varón (26.9%) y oposición de la familia (24.04%). (Pal et al, 2017)

II.6 Perfil familiar

II. VI.1 Tipología familiar: De acuerdo a Membrillo et al (2008) la Familia se clasifica en:

Según el desarrollo de la familia:

- Familia Moderna: Tiene elementos de desarrollo que, de una y otra manera, nos plantean la idea de un esquema social al cual representa y que la podemos encontrar con frecuencia en niveles socioeconómicos altos. Se refiere a la familia en la que la madre trabaja en iguales condiciones que el padre o aquella sin figura paterna donde la madre trabaja para sostener la familia.
- Familia Tradicional: Representada por las familias de clase media y que son, las más numerosas. Tienen como rasgo fundamental la transmisión de modelos socioculturales como son las tradiciones familiares, los valores sociales y de vida que predeterminan la perpetuación de estas características a través del desarrollo de nuevas familias. Es aquella en la

que el padre es el único proveedor de sustento para la familia y la madre se dedica al hogar y a los hijos.

- Familia Arcaica o Primitiva: También está predeterminada por factores socioculturales y demográficos, además de los elementos de identificación cultural; este tipo de familias cuenta con menos oportunidad de acceso a los niveles de satisfactores individuales (familias indígenas).

Según la demografía de la familia:

- Familia Rural: Habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intra domiciliarios básicos (agua potable, luz eléctrica, drenaje).
- Suburbana: Tiene las características del medio rural pero está ubicada dentro de medio urbano.
- Urbana: Se encuentra en una población grande y cuenta con todos los servicios.

Según la integración de la familia:

- Integrada: Ambos conyugues viven en la misma casa y cumplen con sus funciones respectivas.
- Semi integrada: ambos conyugues viven en la misma casa pero no cumplen adecuadamente sus funciones.
- Desintegrada: Los conyugues se encuentran separados.

Según la composición de la familia:

- Nuclear: cuenta con esposo, esposa con o sin hijos.
- Extensa: conyugues e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad.
- Extensa compuesta: los anteriores que además conviven con otros sin nexos legales (amigos, compadres, etc.).

Según la ocupación de la familia:

- Se refiere a la ocupación del padre o del jefe de familia, puede definirse como campesina, obrera, comerciante, empleada, etc.

Según sus complicaciones:

- Interrumpida: Aquella en la que la unión conyugal se disuelve ya sea por separación o divorcio.
- Contraída: Cuando fallece uno de los padres.
- Reconstruida: Se aplica a la familia en la que uno o ambos conyugues tuvo una pareja previa.

Según su funcionalidad:

- Familias Funcionales: Son aquellas familias en las cuales se considera que cumplen todas las funciones además de permitir un mayor o menor desarrollo de sus integrantes.
- Familia Disfuncional: Son familias que en mayor o menor grado no actúan según lo que de ellas se espera en relación con las funciones que se le tienen asignadas. (Membrillo et al, 2008)

II.6.2 Funcionalidad Familiar

El funcionamiento familiar un factor prioritario en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades entre sus miembros. Desde tiempos remotos se ha concebido a la familia como la unidad primordial de la sociedad. La funcionalidad familiar se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen plenamente, cuando se generan nuevos individuos a la sociedad en una homeostasis sin tensión y se da una comunicación apropiada a base del respeto de las interacciones de la familia. (Membrillo et al, 2008)

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema de enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Según Virginia Satir habla sobre 4 fuerzas o factores claves que ayudan a reconocer si una familia es funcional o disfuncional que son: autoestima

comunicación, normas familiares, enlace con la sociedad. Existe poca literatura que refiera sobre funcionalidad en embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar, a diferencia de los embarazos de 15 a 19 años de edad, de las cuales un estudio realizado en el año 2018 en Colombia indica que un 70% vive inestabilidad emocional y se encontró disfuncionalidad familiar en el 33% de las familias. (Membrillo et al, 2008)

Leiva et al. Halló que la funcionalidad familiar se relaciona significativamente con la aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, debido a que en primer lugar, la funcionalidad familiar respecto a APGAR familiar se relaciona significativamente con la aceptación de métodos anticonceptivos, con $p \leq 0.000$. En segundo lugar, la funcionalidad familiar respecto a relaciones intrafamiliares también se relaciona significativamente con la aceptación de métodos anticonceptivos, con $p \leq 0.000$ y la funcionalidad familiar respecto al subsistema conyugal se relaciona significativamente con la aceptación de métodos anticonceptivos, con $p \leq 0.000$. (Khan et al, 2019)

II.6.2.1 Instrumento de Funcionamiento Familiar

El instrumento de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) fue diseñado por Ortega, et al. En 1994, con la idea de que fuera un instrumento sencillo para la evaluación de las relaciones intrafamiliares, de fácil aplicación y calificación por el equipo de salud de Atención Primaria. En aquella oportunidad se realizó la primera comprobación de los procedimientos de confiabilidad y validez. El instrumento FF-SIL consiste en 14 situaciones que pueden ocurrir o no a una determinada familia. Correspondiendo dos a cada uno de los siete factores que mide este cuestionario. Para cada situación existe una escala de 5 opciones de respuestas, que tienen una calificación en puntos de menor a mayor, en la que Casi nunca: un punto, Pocas veces: dos puntos, A veces: tres puntos, Muchas veces: cuatro puntos, Casi siempre: cinco puntos. Numero de situaciones: 1 y 8 miden la variable Cohesión, 2 y 13 miden la variable Armonía, 5 y 11 miden la

variable Comunicación, 7 y 12 miden la variable Permeabilidad, 4 y 14 miden la variable Afectividad, 3 y 9 miden la variable Roles, 6 y 10 miden la variable Adaptabilidad. (Osborn et al, 2021)

Las propiedades psicométricas de la prueba son las siguientes: el estudio de la confiabilidad temporal dio como resultado un valor de 0.93, el análisis de la consistencia interna es elevado ($\alpha = 0.85$), lo que habla a favor de una homogeneidad intraítems con independencia del carácter multidimensional del instrumento. (Osborn et al, 2021)

II.7 Perfil conyugal

Los principales subsistemas en una familia, según Minuchin son: el subsistema conyugal, el parental y el fraterno. El subsistema conyugal se constituye cuando dos adultos de diferente sexo se unen y aportan para la relación de pareja valores y expectativas que servirán de base para la educación de los hijos. Tiene como tarea fundamental la complementariedad que les permita ceder en la toma de decisiones sin tener la sensación de pérdida y adaptabilidad mutua. El subsistema conyugal puede convertirse en un refugio ante el estrés externo y en la matriz para el contacto con otros sistemas sociales. Pero las parejas también pueden estimularse mutuamente rasgos negativos, estableciendo pautas transaccionales del tipo dependiente-protector. Estos aspectos influyen en la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos. (Minuchin & Nichols. 2011)

El análisis de la funcionalidad de la relación del subsistema conyugal es de trascendental importancia para todo el grupo familiar, pues se sabe que gran parte de los problemas familiares pueden provocar disfunción en el subsistema conyugal. (Chávez & Velasco, 1994)

II.7.1 Escala de satisfacción marital.

En el año de 1988 Pick y Andrade crearon la Escala de Satisfacción Marital (ESM) en México, cuenta con una consistencia interna y de sus factores superiores a 0.80. (Moral., J. 2008)

El instrumento sometido a publicación, consta de 24 ítems distribuidos en tres dominios: I) satisfacción con la interacción conyugal (ítems 1-10), II) satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge (ítems 11-15) y III) satisfacción con los aspectos organizacionales y estructurales de la relación (ítems 16-24). La satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge, se refiere a la satisfacción que un miembro de la diada expresa en respuesta a las reacciones emocionales de su pareja. La satisfacción con la interacción marital, guarda relación con el agrado que un cónyuge manifiesta a la hora de evaluar la dinámica sostenida con su pareja. Mientras que los aspectos organizacionales y estructurales de la relación, miden la satisfacción que se produce como resultado de la forma en que los miembros de una pareja se organizan, establecen y cumplen las reglas. (Moral., J. 2008; Vera & O. 2010)

Cada uno de los ítems, tiene tres opciones de respuesta que permiten expresar el nivel de satisfacción del individuo, respecto a lo que se plantea en la afirmación: 1 = me gustaría muy diferente, 2 = me gustaría algo diferente y 3 = me gusta cómo está pasando. Para calificar, se asume que la satisfacción se presenta con más de 48 puntos dentro de una escala de intervalos, con un valor de referencia de 24 puntos y un máximo de 72; de modo que entre mayor satisfacción con la situación conyugal más cercano se está del máximo de la escala (Vera & Olivares. 2010)

La ESM, fue diseñada y validada en 8 colonias de la Ciudad de México. Se obtuvo la consistencia interna de cada factor a través del alpha de Cronbach: = 0.81 para la dimensión de satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge, = 0.89 para la dimensión de satisfacción con la interacción conyugal y = 0.86 para la dimensión de satisfacción con aspectos estructurales y organizacionales. (Vera & Olivares. 2010)

Alusivo al subsistema conyugal por la aceptación de métodos anticonceptivos en mujeres embarazadas, Leiva et al. Reportó que el 62.3% tuvieron una pareja funcional y a la vez aceptaron los métodos anticonceptivos y le sigue el 28.1% con una pareja con disfunción moderada y a la vez tuvieron aceptación de métodos anticonceptivos. (Leiva A., 2018)

III. Hipótesis.

III.I Hipótesis estadísticas

Ho. La edad promedio de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar es igual o menor de 25 años.

Ha. La edad promedio de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar es mayor 25 años.

Ho. El nivel de escolaridad bajo de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar es igual o menor del 2.18%

Ha. El nivel de escolaridad bajo de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar es mayor del 2.18%

Ho. El nivel económico medio-bajo de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar es igual o menor del 2.48%

Ha. El nivel de económico medio-bajo de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar es mayor del 2.48%

Ho. La prevalencia de disfunción familiar de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar es igual o menor del **33%**

Ha. La prevalencia de disfunción familiar de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar es mayor del **33%**

Ho. La prevalencia de disfunción conyugal de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar es igual o menor del 6.7%

Ha. La prevalencia de disfunción conyugal de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar es mayor del 6.7%

Ho. El promedio de embarazos de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar es igual o menor de 2 hijos.

Ha. El promedio de embarazos de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar es mayor de 2 hijos.

IV Objetivos

IV.1 Objetivo general

- Determinar el perfil epidemiológico de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar.

IV.2 Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes a estudiar.
- Identificar el perfil social de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar.
- Identificar el perfil económico de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar.
- Identificar el perfil familiar de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar.
- Identificar la funcionalidad conyugal de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar.
- Identificar las características gineco-obstétricas de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar.

- Identificar el perfil de uso de métodos de planificación familiar de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar.

V. Material y métodos

V.1 Tipo de investigación

- Estudio transversal, descriptivo

V.2 Población o Unidad de análisis

- Mujeres embarazadas, derechohabientes al Instituto Mexicano del Seguro, en San Juan del Rio, Querétaro.

V.3 Criterios de selección

- Mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal al Instituto Mexicano del Seguro Social, que no aceptaron ningún método de planificación familiar.
- Que aceptaron participar en el estudio, con los criterios de selección, previo consentimiento informado.

a) Criterios de exclusión

- b) Mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal al Instituto Mexicano del Seguro Social y aceptaron algún método de planificación familiar.

c) Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos

V.4 Muestra y tipo de muestreo

Se calculó con la fórmula de promedios para población infinita:

$$n = \frac{Z\alpha^2 pq}{d^2}$$

Donde:

Z α = nivel de confianza 0.95%, una zona de rechazo = 1.64

p= prevalencia establecida en la hipótesis = 0.33

q= 1-q

d= margen de error = 0.05

$$n = \frac{1.64^2(0.33*0.67)}{(0.05)^2}$$

n= 238 mujeres embarazadas

- Muestreo no probabilístico por cuota

V.5 Variables estudiadas

Se analizaron variables de perfil social (edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión), perfil económico (nivel socioeconómico), perfil familiar (tipo de familia, ciclo familiar, funcionalidad familiar), perfil conyugal (funcionalidad conyugal), perfil de uso de métodos (métodos de planificación familiar utilizados anteriormente y motivo de no aceptación de método de planificación familiar) y variables en salud (número de embarazos, edad del primer embarazo, inicio de vida sexual activa, edad gestacional, comorbilidades, alcoholismo, tabaquismo y toxicomanías).

V.6 Procedimiento

Se acudió a las salas de espera de los servicios de Medicina Familiar, del teco cirugía y hospitalización de la Unidad de Medicina Familiar No.6 y Hospital General de Zona No.3, en San Juan del Rio Querétaro, donde se identificaron a las pacientes candidatas a participar en el estudio, en distintos horarios.

Una vez seleccionadas se les pregunto en forma intencionada:

¿Acepta usted el uso de algún método de planificación familiar al término de su embarazo?

En caso de obtener una respuesta negativa se le explico y se le invito a participar en el estudio. Se realizó la explicación del proyecto de investigación y posterior a la aceptación de la participante se procedió a la firma del consentimiento informado. Se realizó el llenado del instrumento de recolección de datos y la aplicación de los siguientes instrumentos con un tiempo aproximado de 30 minutos:

- FF-SIL. Funcionalidad Familiar
- Escala de satisfacción marital (Pick y Andrade)
- AMAI. Nivel socioeconómico

Se les aplicó el instrumento de recolección de datos para complementar la información. Una vez concluido esto, se les agradeció a las pacientes su participación. Se realizó una revisión del expediente electrónico para complementar la información. Los datos obtenidos se vaciaron en una base de datos para su posterior análisis.

El llenado del instrumento de recolección de datos fue realizado por el investigador, posterior al interrogatorio dirigido a la paciente. La información recabada se almaceno en una base de datos para realizar en análisis.

V.7 Análisis estadístico

El plan de análisis incluyó estadística descriptiva a través de promedios, porcentajes, desviaciones estándar, e intervalo de confianza.

V.8 Consideraciones éticas

Este estudio se apegó a los principios enunciados en la declaración de Asociación Médica Mundial de Helsinki en 1964 y su revisión en la Asamblea de Fortaleza Brasil en 2013 en el cual se establecen los principios éticos para la investigación médica en humanos incluidos la investigación 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 de estudio de investigación.

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en su última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 16 de marzo de 2022, en su Título segundo, capítulo I, Artículo 17, sección I, la investigación no presenta riesgos, no viola los derechos humanos y se protegerá la confidencialidad de la participante.

Los datos fueron para uso exclusivo de esta investigación, se realizó de manera anónima utilizando un número de folio en cada instrumento de recolección de datos para su identificación. Los documentos aplicados se resguardaron en la Coordinación de Educación.

La investigación se llevó a cabo en instalaciones del Instituto Mexicano del Seguro social, con un tiempo estimado de 30 minutos en la aplicación de instrumento por participante.

Este proyecto de investigación requirió carta de consentimiento informado ya que la información se obtuvo directamente de las mujeres que aceptaron participar en el estudio así como la aplicación de instrumentos. Estos se registraron en el instrumento de recolección.

En esta investigación todos los participantes fueron informadas claramente sobre los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que le estudio podría generar, así como de la libre participación o no en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación.

El estudio se consideró de riesgo leve, ya que causo labilidad emocional, inconformidad sentida de pérdida de tiempo al momento de la entrevista, en cuanto sucedió lo mencionado, se canalizo a la participante de manera inmediata al servicio de atención medica continua de la unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del seguro social, donde se le brindo atención pertinente y posteriormente se envió para seguimiento con su médico familiar.

Cuando se encontró un resultado negativo en la evaluación de la funcionalidad familiar y conyugal, se le dio a conocer a la embarazada y se ofreció realizar la referencia con su médico familiar para canalizar al servicio de psicología y trabajo social.

Una vez concluida la entrevista, se les agradeció su participación y se le otorgo consejería en planificación familiar por parte del investigador.

VI. Resultados

Se estudiaron un total de 238 mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Juan Del Rio, Querétaro. Excluyendo a toda embarazada aceptante de métodos de planificación familiar.

La edad de las participantes fue de un mínimo de 16 años y máximo de 41 años de edad, con un promedio de 27.07 años. (IC 95%; 26.4-27.8).

El número de embarazos desde 1 a 6 embarazos en las participantes que no aceptaron métodos de planificación familiar, con una media de de 1.87 (IC 95%; 1.7-2.0).

El promedio de edad de inicio de vida sexual activa de 17.73 (IC 95%; 17.5-18.0) que va desde los 14 hasta los 30 años de edad.

Edad del primer embarazo a los 16 años y un máximo a los 38 años con una media de 21.94 (IC 95%; 21.3-22.5).

La edad gestacional encontrada en las participantes fue desde las 27 semanas de gestación, hasta las 42 semanas de gestación, media de 38.15 (IC 95%; 37.9-38.4)

En relación con estado civil, predominó la unión libre en un 56.3% (IC 95; 50-62.6) seguido de un 34.5 % (IC 95%: 28.5-40.5) que son casadas. El resto de la información se presenta el cuadro 1.

Cuadro 1.- Estado civil de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar.

Estado Civil	Porcentaje	IC 95%	
		<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Soltera	8.0	4.6	11.4
Casada	34.5	28.5	40.5
Divorciada	0.4	0	1.2
Unión libre	56.3	50	62.6
Viuda	0.8	0	1.9

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos “perfil epidemiológico de las embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar”

Respecto a la escolaridad, un 54.2% (IC 95%; 47.9-60.5) de las pacientes cuentan preparatoria y 27.3 % (IC 95%; 21.6-33) con nivel de educación de secundaria.

Cuadro 2. Escolaridad de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar.

Escolaridad	Porcentaje	N = 238	
		IC 95%	
		<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Primaria	3.8	1.4	6.2
Secundaria	27.3	21.6	33
Preparatoria o bachillerato	54.2	47.9	60.5
Licenciatura o mas	9.7	5.9	13.5
Otro	5.0	2.2	7.8

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos “perfil epidemiológico de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar”

En cuanto a la ocupación, la que más predominó con un 52.1% (IC 95%; 45.8-58.4) fue labores en el hogar, seguido de diversos empleos, con un 23.9% (IC 95%; 18.5-29.3)

Cuadro 3. Ocupación de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar.

n = 238			
IC 95%			
Ocupación	Porcentaje	<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Hogar	52.1	45.8	58.4
Obrera	23.5	18.1	28.9
Estudiante	0.4	0	1.2
Diverso empleos	23.9	18.5	29.3

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos “perfil epidemiológico de las mujeres no aceptantes de métodos de planificación familiar”

La religión de las participantes predominó en un 65.5% (IC 95%; 59.5-71.5) la religión católica, seguida de la religión protestante en 12.2% (IC95%;8.0-16.4)

Cuadro 4. Religión de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar.

n = 238			
IC 95%			
Religión	Porcentaje	<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Católica	65.5	59.5	71.5
Cristiana	12.2	8.0	16.4
Testigo de jehová	5.9	2.9	8.9
Mormona	0.8	0	1.9
protestante	12.2	8.0	16.4
Sin religión	3.4	1.1	5.7

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos “perfil epidemiológico de las mujeres no aceptantes de métodos de planificación familiar”

En relación con el perfil económico en un 71.0% (IC 95%;65.2-76.8) pertenecen a la clase media baja, seguida de la clase media en un 20.2% (IC 95%;15.1-25.3).

Cuadro 5. Perfil económico de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar.

n = 238			
IC 95%			
Perfil económico	Porcentaje	<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Pobreza extrema	0.4	0	1.2
Pobre	6.3	3.2	9.4
Media baja	71.0	65.2	76.8
Media	20.2	15.1	25.3

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos “perfil epidemiológico de las mujeres no aceptantes de métodos de planificación familiar”

Con respecto a las adicciones se encontró un 7.1% (IC 95%; 3.8-10.4) de alcoholismo en las embarazadas participantes y el tabaquismo se presentó en 1,7% (IC 95%; 0.1-3.3).

Cuadro 6. Adicciones de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar.

n = 238			
IC 95%			
Adicciones	Porcentaje	<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Alcoholismo	7.1	3.8	10.4
Tabaquismo	1.7	0.1	3.3
Toxicomanías	0	0	0

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos “perfil epidemiológico de las mujeres no aceptantes de métodos de planificación familiar”

La mayoría de las participantes viven en una familia nuclear en 52.9% (IC 95%;46.9-59.2), seguido de la familia extensa 45.0% (IC 95%; 38.7-51.3).

Cuadro 7. Tipo de familia de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar.

n = 238			
IC 95%			
Tipo de Familia	Porcentaje	<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Nuclear	52.9	46.6	59.2
Extensa	45.0	38.7	51.3
Extensa compuesta	2.1	0.3	3.9

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos “perfil epidemiológico de las mujeres no aceptantes de métodos de planificación familiar”

El ciclo vital familiar se encuentra en extensión en 55.0%, (IC 95%;48.7-61.3) y en formación en un 45% (IC 95%;38.7-51.3).

Cuadro 8. Ciclo vital familiar de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar.

n = 238			
IC 95%			
Ciclo vital familiar	Porcentaje	<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Formación	45.0	38.7	51.3
Extensión	55.0	48.7	61.3

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos “perfil epidemiológico de las mujeres no aceptantes de métodos de planificación familiar”

Las familias funcionales se encontraron en 81.1% (IC 95%;76.1-86.1) y moderadamente funcional en un 16.8% (IC 95%;12.1-21.5)

Cuadro 9. Funcionalidad familiar de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar.

Funcionalidad familiar	Porcentaje	IC 95%	
		<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Familia funcional	81.1	76.1	86.1
Moderadamente funcional	16.8	12.1	21.5
Familia Disfuncional	2.1	0.3	3.9

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos “perfil epidemiológico de las mujeres no aceptantes de métodos de planificación familiar”

Sobre la funcionalidad conyugal, la satisfacción marital se presentó en 87.0% (IC 95%; 82.7-91.3) con insatisfacción marital en un 8.4% (IC95%;4.9-11.9), al 4.6 % IC (95%;1.9-7.3) no se valoró ya que no contaban con pareja.

Cuadro 10. Funcionalidad conyugal de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar.

Funcionalidad conyugal	Porcentaje	IC 95%	
		<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Satisfacción marital	87.0	82.7	91.3
Insatisfacción marital	8.4	4.9	11.9
No tiene pareja	4.6	1.9	7.3

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos “perfil epidemiológico de las mujeres no aceptantes de métodos de planificación familiar”

En 64.7% (IC 95%; 58.6-70.8) las participantes no han utilizado ningún método de planificación familiar, un 13.4% (IC 95%;9.1-17.7) a utilizado implante subdermico.

Cuadro 11. Métodos de planificación familiar anteriormente utilizados de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar.

Método de planificación familiar utilizado previamente	Porcentaje	IC 95%	
		<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
		n = 238	
Hormonal oral	1.3	0	2.7
Hormonal inyectable	8.4	4.9	11.9
Implante subdermico	13.4	9.1	17.7
Diu T de cobre	12.2	8.0	16.4
Ninguno	64.7	58.6	70.8

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos “perfil epidemiológico de las mujeres no aceptantes de métodos de planificación familiar”

En relación a los motivos de no aceptación de método de planificación familiar se encontró en 34.87 (IC 95%; 28.8-40.9) por desacuerdo de pareja, seguido de 18.90% (IC 95%; 13.9-23.9) por efectos secundarios. Resto de la información se presenta en cuadro 12.

Cuadro 12. Motivo de no aceptación de métodos de planificación familiar de las mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar.

Motivo de no aceptación	Porcentaje	IC 95%	
		<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Desacuerdo de la pareja	34.87	28.8	40.9
Efectos secundarios	18.90	13.9	23.9
Sin pareja sexual	8.82	5.2	12.4
No disponibilidad/ insumo	6.72	3.5	9.9
Aumento de peso	6.30	3.2	9.4
Uso de preservativo	3.70	1.4	6.2
Falta de información	3.70	1.4	6.2
Aspectos religiosos	3.36	1.1	5.6
Vasectomía en pareja	2.94	0.8	5.1
Deseo embarazarse pronto	2.52	0.5	4.5
No tiene interés en planificar	2.10	0.3	3.9
Método anticonceptivo natural	3.70	1.4	6.2
Desconfianza a los MPF	1.68	0	3.3
Indicación medica	0.42	0	1.2

Fuente: Instrumento de Recolección de Datos “perfil epidemiológico de las mujeres no aceptantes de métodos de planificación familiar”

VII. Discusión

En esta investigación se determinó el perfil epidemiológico de las mujeres embarazadas, no aceptantes de métodos de planificación familiar, en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro social en San Juan del Rio Querétaro.

La población estudiada corresponde a mujeres en edad reproductiva que no quiere adoptar un método de planificación familiar, esto tiene relevancia, ya que condiciona mayor número de embarazos, a mayor edad, mayor riesgo obstétrico y presencias de complicaciones en futuros embarazos. Se observan mujeres en extremos de edades reproductivas muy tempranas o tardías, similar a lo reportado en la literatura. (CONAPO, 2022)

La Tasa Global de Fecundidad (TGF) ha mostrado un descenso ininterrumpido desde inicios de 1960, donde el promedio era de 7 hijos por mujer. En el 2018 se mencionó como media 2.07 por mujer, ya que este estudio presentó una media de 1.87 hijos, menor a lo reportado en la literatura, esto tiene una probable explicación en las estrategias y educación en planificación familiar que se han adoptado en los últimos años. (ENADID, 2018)

La edad de inicio de vida sexual activa coinciden con las reportadas en las estadísticas del país, donde se menciona como la edad media de 17.5 a nivel nacional, en nuestro estudio fue de 17.73, Esto demuestra que una proporción de adolescentes ha iniciado la actividad sexual a temprana edad, lo que continua siendo un desafío para los profesionales de salud, así como para las estrategias gubernamentales. (INEGI, 2022)

En este estudio se observó que las mujeres adolescentes habían iniciado vida sexual activa sin ningún método anticonceptivo, siendo similar a lo reportado en las encuestas nacionales de la dinámica demográfica del 2018, con un porcentaje de 59.4%. Esto adquiere relevancia para el sistema de salud al considerar que el inicio de vida sexual activa a temprana edad, expone a las

mujeres a un mayor riesgo obstétrico, exposición a enfermedades de transmisión sexual y mayor número de embarazos. (ENADID, 2018).

Al llevarse a cabo el proceso de formación familiar, uno de los cambios más evidentes entre las generaciones más jóvenes de México, es el aumento de las parejas que optan por la unión libre, como se presentó en nuestro estudio, en las estadísticas nacionales se menciona que a partir del 2012 a la fecha, se registra una disminución de matrimonios, donde la edad promedio para casarse de un hombre es de 34 años, y el de una mujer es de 33 años. (INEGI, 2022)

El nivel educativo que prevaleció en nuestras participantes fue preparatoria en su mayoría incompleta, considerando que la educación es gratuita hasta el nivel medio superior en México, donde los planes académicos incorporan educación relacionada con la sexualidad y reproducción, es alarmante que a pesar de estos esfuerzos, exista un gran número de embarazos en esta población. El análisis de la tasa global de fecundidad por nivel de escolaridad muestra, que a mayor nivel de escolaridad es menor la fecundidad. (Mazón & Castillo, 2019)

La ocupación predominante en este estudio fueron las labores del hogar, esto tiene una probable explicación en el abandono de sus actividades escolares y laborales, dando prioridad al cuidado de su embarazo, esto da como resultado un menor ingreso económico a mediano y largo plazo, coincidiendo con el nivel socioeconómico que predominó que fue la clase media baja. (CONAPO,2022)

Las creencias religiosas y la forma en que las practicamos, influyen en como entendemos y vivimos nuestra sexualidad. Las tasas crecientes de conductas sexuales, la tecnología, la diversidad de género y raciocinio sugieren que la religión y la familia han perdido fuerza. No obstante, continúan existiendo predictores importantes en la conducta de los individuos en relación a su comportamiento sexual y reproductivo impuesto por la religión en la población mexicana. En el análisis de nuestro estudio, se encontró que los datos coinciden

con las estadísticas reportadas en el estado de Querétaro, donde se muestran a la población mayoritaria con religión católica. (INEGI, 2020)

La familia constituye la base para la construcción de la identidad, la autoestima y esquemas básicos de convivencia social, por lo que lejos de visualizarse como una institución estática, se puede conceptualizar como cambiante y con diferentes necesidades a satisfacer y dar pauta a elementos que sean tomados en cuenta en el diseño de políticas públicas, encaminadas a atender las necesidades familiares. En este estudio la familia predominante fue la nuclear, lo que coincide con el censo de población y vivienda del estado de Querétaro 2020. (INEGI, 2020)

La vida familiar atraviesa un ciclo de nacimiento, crecimiento y declive. En cuanto al ciclo vital familiar más de la mitad de las familias de nuestro estudio se encuentran en extensión. La transición demográfica interviene en la composición de los hogares, así como en la estructura por edad de la población y en el funcionamiento de las familias. Cada ciclo muestra el cambio de las necesidades del grupo, a lo largo de su desarrollo. Esto influye en las etapas del ciclo vital familiar. (Ortiz & López, 2020)

En relación con la funcionalidad familiar, se encontró que más de la mitad de las familias de nuestro estudio, se encuentra en una tipología equilibrada o balanceada lo que nos traduce a una familia funcional. Con respecto a la familia moderadamente funcional o disfuncional, pertenecían al grupo de adolescentes. A menor funcionalidad, aumenta considerablemente la probabilidad de tener embarazos a temprana edad, no deseados y presencia de complicaciones. (Camarena, 2023)

El sistema conyugal funciona como un factor de confianza y seguridad, contribuye a la protección y crecimiento del autoestima, teniendo relación con lo encontrado en nuestro estudio, donde las familias en su mayoría, se consideran con funcionalidad conyugal. Existió un 4.1% que no se pudo evaluar, ya que correspondió al grupo de embarazadas sin pareja. (Chávez & Velasco, 1994)

Sobre los métodos de planificación familiar, la mayoría de las participantes, no habían utilizado anteriormente ningún método de planificación familiar. Esto refleja la importancia de fortalecer los programas de educación y consejería en salud sexual y reproductiva, sobre todo en adolescentes que continúa siendo un grupo con alta incidencia de embarazos.

La causa de no aceptación de métodos de planificación familiar en una tercera parte de nuestro estudio, correspondió a desacuerdo de la pareja. Algunos estudios mencionan que la falta de responsabilidad compartida, puede deberse a usos y costumbres establecidas, así como un contexto machista, que continua prevaleciendo en la sociedad, esto se observa como un obstáculo que limita el control sobre la vida sexual y reproductiva de cada mujer. (ENDIREH, 2022)

El miedo a los efectos secundarios sigue siendo una causa importante para la no aceptación de métodos de planificación familiar, considerando que durante el control prenatal se les otorga consejería anticonceptiva desde la primer consulta y que de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-007 cada mujer que culmina su embarazo acude por lo menos a 5 consultas durante la gestación, a pesar de ello se ha reportado que el desconocimiento y credibilidad a la información no científica prevalecen en esta población. El análisis de esta situación es importante en la elaboración de nuevas estrategias que disminuyan las dudas y se tomen decisiones con adecuada orientación e información. (NOM-007- SSA- 2016)

Otra de las causas de no aceptar métodos de planificación familiar a considerar fue sin pareja sexual, esto muestra nuevamente que existen transformaciones aceleradas en cuanto a los conceptos tradicionales, sobre la familia, estructurados en la sociedad. (Ortiz & López, 2020)

Es primordial el aseguramiento de insumos de salud sexual y reproductiva, considerando el gran trabajo que se realiza a nivel nacional en las dependencias gubernamentales con referencia a este apartado, se siguen teniendo desabasto de insumos. Mientras no se consigan inversiones sostenidas

y progresivas no resultará posible extender la cobertura y acceso a los anticonceptivos. El aseguramiento de insumos de salud reproductiva, necesita una planeación, adquisición estratégica de los insumos, atención técnica y operativa para la distribución y monitoreo permanente. (Fondo de Población de las Naciones Unidas. México, 2023)

VIII. Conclusiones

Las principales causas de no aceptación de métodos de planificación familiar de las mujeres embarazadas son desacuerdo de la pareja y miedo a efectos secundarios.

IX. Propuestas

Los resultados encontrados en la presente investigación pueden ser presentados a las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No.6, reiterando la importancia de la capacitación al personal de salud involucrado en la educación y consejería de los métodos de planificación familiar a la población, con la finalidad de otorgar información verás sustentada en fundamento científico y la normativa establecida.

Reforzar la orientación y consejería a toda mujer en edad fértil y que acuda a su control prenatal, en cada consulta se tiene la oportunidad de evaluar su historial clínico, identificar el método más favorable para la paciente, aclarar dudas e identificar los deseos de la paciente en relación a la anticoncepción.

Los grupos de educación para la salud, integrados por Trabajo Social, pueden adicionar orientación sobre la vida en pareja, promover la sana convivencia y la integración efectiva en la vida familiar, como se ha descrito la funcionalidad familiar y conyugal son una pieza fundamental en la adquisición y permanencia de un método anticonceptivo.

- Castañeda et al. (2008) causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una unidad de Medicina Familiar en Sonora, México. [Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una Unidad de Medicina Familiar en Sonora, México \(medigraphic.com\)](http://medigraphic.com)
- Chávez y Velasco. (1994). Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. *Rev Med IMSS*, 32, 39-43. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-176850?lang=es>
- Cohen et al. (2020). Behavioral barriers to the use of modern methods of contraception among unmarried youth and adolescents in eastern Senegal: a qualitative study. *BMC Public Health*, 20, 1025. DOI:[10.1186/s12889-020-09131-4](https://doi.org/10.1186/s12889-020-09131-4)
- Conapo (2022). Consejo nacional de población. [Día de las Madres en México | Consejo Nacional de Población | Gobierno | gob.mx \(www.gob.mx\)](http://www.gob.mx)
- Conapred (2022). Embarazo, maternidad y responsabilidades familiares. [Embarazo Maternidad Y Responsabilidades Familiares Accesible \(conapred.org.mx\)](http://conapred.org.mx)
- Enadid (2018). Principales resultados de la encuesta nacional de la dinámica demográfica ENADID 2018. [Datos Abiertos de México - Salud Sexual y Reproductiva - CONAPO. Principales Resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica \(ENADID\) 2018](http://datos.bancomundial.org/indicadores/SH.UVSVS)
- Endireh (2022). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. [Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares \(ENDIREH\) 2021 \(inegi.org.mx\)](http://inegi.org.mx)
- Fuentes y Merino. (2016). *validación de un instrumento de funcionalidad familiar*, órgano de difusión científica del departamento de psicología de la Universidad católica boliviana San Pablo, 14(2), 247-283. <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461546437003.pdf>
- García et al. (2018). *Relación del embarazo de alto riesgo con la dinámica familiar y el subsistema conyugal*, *Med Gen Fam*,7(4), 135-139. <https://mgyf.org/relacion-embarazo-alto-riesgo-con-dinamica-familiar-y-subsistema-conyugal/>
- Gele et al. (2021). *Barriers and Facilitators to Modern Contraception Among Married Women in Conflict Affected Town of Mogadishu, Somalia*, *Research Square*, 1-16. <https://assets.researchsquare.com/files/rs-551043/v1/464525d9-0789-4a7a-b867-1bb8864b284f.pdf?c=1631883510>

- Gómez-Inclán y Durán-Arenas. (2017). El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Publica México*, 236-247. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7891/>
- INEGI (2020). Diversidad. [Diversidad. Querétaro \(inegi.org.mx\)](https://inegi.org.mx)
- INEGI (2020). Características de los hogares. [Características de los hogares \(inegi.org.mx\)](https://inegi.org.mx)
- INEGI (2022). Encuesta nacional sobre diversidad sexual y de género. [Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género \(ENDISEG\) 2021 \(inegi.org.mx\)](https://inegi.org.mx)
- Khan et al. (2019). *assessment of unmet need for contraception in health care providers*. *Pak Armed Forces Med J*, 69(2), S205-S209. <https://pafmj.org/index.php/PAFMJ/article/view/2879>
- Leiva, A. (2018). *Funcionalidad familiar y aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas del hospital hermilio Valdizan Medrano de Huánuco* [Tesis de Doctorado] Universidad de Huánuco. http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1396/T_047_19_834199-D.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mandloi et al. (2015). knowledge, attitude & acceptance of contraceptive methods among women attending opd of tertiary health care center. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 4 (77), 13309-13321. https://www.jemds.com/data_pdf/1_Khushboo%20Verma---vija,,GU.pdf
- Manna et al. (2019). Non-acceptance of Injectable Contraceptives from Antara Clinic: A Qualitative Study in West Bengal, India, *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*, 18(3), 48-51. <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/602914.pdf>
- Mazón y Castillo. (2019). *Actitud hacia los métodos anticonceptivos y planeación familiar en mayores de edad de la Ciudad de México*. *Memorias del Concurso Lasallista de Investigación, Desarrollo e innovación*, 6(1). <http://revistasinvestigacion.lasalle.mx/index.php/mclidi/issue/view/109>
- Membrillo et al. (2008). *Familia, Introducción al estudio de sus elementos*. Editores de textos mexicanos.
- Minuchin y Nichols. (2011). *Assesing Families and couples, From Symptom to System*, 1, 1-16. https://maestriaterapiafamiliarunam.weebly.com/uploads/6/1/1/9/6119077/modelo_estructural_monografia.pdf

- Moral, J. (2008). Validación de la Escala de Valoración de la Relación en una muestra mexicana. *Revista electrónica Metodología Aplicada*. <https://es.scribd.com/doc/262752255/Validacion-de-la-Escala-de-Valoracion-de-la-Relacion-en-una-muestra-mexicana>
- Moreira et al. (2019). Reasons for nonuse of contraceptive methods by women with demand for contraception not satisfied: an assessment of low and middle-income countries using demographic and health surveys. *Reproductive Health*, 16, 148. DOI:[10.1186/s12978-019-0805-7](https://doi.org/10.1186/s12978-019-0805-7)
- Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993. (2004).
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/53633/NOM-005-SSA2-1993.pdf>
- Norma Oficial Mexicana, NOM 007- SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.
[DOF - Diario Oficial de la Federación](#)
- OMS. Guía de implementación de los criterios médicos de elegibilidad de anticonceptivos. (2018).
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272759/9789243513577-spa.pdf?ua=1>
- Ortiz y López. (2020). Ciclo de la vida familiar en Mexico, comparación entre cuatro entidades federativas. *Revista latinoamericana de estudios de familia*, 12, 120-140. [ciclo vital familiar en Mexico.pdf](#)
- Osborn et al. (2021). A study on contraceptive prevalence rate and factors influencing it in a rural area of Coimbatore, South India. *J Family Med Prim Care*, 10(6), 2246-2251. https://journals.lww.com/jfmpc/Fulltext/2021/10060/A_study_on_contraceptive_prevalence_rate_and.21.aspx DOI: 10.4103 / jfmpc.jfmpc_2345_20
- Pal et al. (2017). Contraception-still miles to go, a study among married women in a rural area of West Bengal. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*, 6(8), 3618-3623. <https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/3177>
- Rodríguez et al. (2003). Caracterización de las progestinas inyectables y sus beneficios en la Planificación Familiar. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 19(2).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000200011

- Rojo et al. (2021). Perfil socio demográfico de mujeres embarazadas consumidoras de drogas ilegales atendidas en un hospital materno infantil. Salud Jalisco. [madres consumidoras de drogas.pdf](#)
- Secretaría de Salud. (2014). Manejo de anticonceptivos temporales hormonales en mujeres en edad reproductiva, en el primer y segundo niveles de atención. <https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?p=1820>
- Shahzadi, U. (2013). Frequency of Barriers for Non-Using of Contraception in Multigravida Women Attending A Tertiary Care Hospital. *PJMHS*, 7(4):1154-1156. https://www.pjmhsonline.com/2013/oct_dec/pdf/1160%20%20%20Freque ncy%20of%20Barriers%20for%20NonUsing%20of%20Contraception%20i n%20Multigravida%20Women%20Attending%20A%20Tertiary%20Care% 20Hospital.pdf
- Silva et al. (2016). anticoncepción intrauterina hormonal y no hormonal: encuesta de percepción de pacientes en cuatro países de américa latina. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 21 (3), 213-219. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26848851/> doi: 10.3109 / 13625187.2015.1137281.
- Sinha et al. (2020). perceptions, couple motivation to avoid pregnancy approval of contraceptives and reasons of non-acceptance of contraception among married women having unmet need of contraception in a selected rural community, west Bengal. *int j intg med sci*, 7(8),941-946. <http://www.imedsciences.com/wpcontent/uploads/2020/10/IJIMS.2020.115 .pdf>
- Soriano et al. (2010). Criterios de Elegibilidad de Métodos Anticonceptivos. Nuevas Recomendaciones, *Revista Clínica Medicina Familiar*, 3(3), 206-216. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v3n3/revision.pdf>
- UNFPA. (2023). [UNFPA México | Aseguramiento de insumos de salud sexual y reproductiva](#)
- Valdés-Bango y Castelo-Branco. (2020) Anticoncepción con solo progestina. Progestin-only contraception *Ginecol Obstet Mex*, S56-S73. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/goms201h.pdf>
- Vázquez, I. (2018). La autonomía individual y el acceso a la información en materia de salud reproductiva. *RDyS*, 2(2), 129-143. <https://revistas.ubp.edu.ar/index.php/rdys/article/view/52/>

- Vázquez-Sandrín y Ortiz-Ávila. (2020). Planificación familiar y fecundidad de la población indígena en el México urbano. *Papeles de Población*, 26(103),157–84. <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/11152/11535>
- Vera y Olivares. (2010). Satisfacción Marital factores incidentes, Universidad del Bio-Bio, Facultad de educación y humanidades, *escuela de psicología, Chile*, 1, 7-156. <http://repobib.ubiobio.cl/jspui/bitstream/123456789/1557/1/Vera%20Olivares%20Carolina%20Andrea.pdf>
- Vargas y Estrada. (2013). anticoncepción con dispositivo intrauterino. *revista médica de costa rica y Centroamérica*, 1(606), 227-231. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=43985>
- Wu et al. (2018). Long-acting Reversible Contraception—Highly Efficacious, Safe, and Underutilized. *JAMA*, 320(4), 397-398. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29984374/>

XI.- ANEXOS

ANEXO 1.- CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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 epidemiológico de mujeres embarazadas no aceptantes de métodos de planificación familiar.
Patrocinador externo (si aplica)*:	
Lugar y fecha:	2022
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El asesoramiento sobre el uso de métodos de planificación familiar previo a la resolución del embarazo, en combinación con la disponibilidad de métodos, brindan la oportunidad de ofrecer a las mujeres embarazadas una intervención educativa que mejore las condiciones de su salud sexual y reproductiva, una toma de decisiones consientes e informada sobre el número de hijos que se desea tener. Por lo que es importante Determinar el perfil epidemiológico de mujeres embarazadas que no aceptan métodos de planificación familiar.
Procedimientos:	Bajo su autorización se le aplicara una encuesta con un tiempo aproximado de 30 minutos para conocer la causas del porque las mujeres embarazadas no aceptan métodos de planificación familiar. Como funciona su familia y su matrimonio y si esto repercute en la aceptación de un método anticonceptivo.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos solo algunas preguntas pudieran ocasionarle alguna molestia solo se recabará información sobre algunos aspectos de su estilo de vida y de salud, por lo que puede sentirse incomodo en algún momento.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	los beneficios directos para usted serian el conocimiento de su funcionalidad familiar, además de la asesoría sobre métodos de planificación familiar. , en caso de obtener resultados negativos, se canalizara al área correspondiente.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Es importante que usted recuerde que se contestará, cualquier duda que se presente en cualquier momento del estudio, si usted así lo desea, se le dara a conocer los resultados de la encuesta aplicada. Con esto se podrá canalizar y seguimiento así como tratamiento adecuado.
Participación o retiro:	Su participación es voluntaria, usted puede retirarse cuando así lo decida, sin que exista ninguna repercusión en su atención en la Unidad o el Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Toda la información que usted nos proporcione será manejado únicamente para los fines de esta investigación en forma confidencial. Los datos obtenidos serán resguardados, sus datos no serán expuestos en ningún momento.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Conocer los métodos de planificación familiar , conocer la funcionalidad familiar así como el ciclo familiar que vive su familia, en caso de obtener resultado negativo, si la embarazada así lo desea, se canalizara a psicología y trabajo social.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra Verónica Escorcía Reyes. Vero_escorcia@hotmail.com.mx , celular: 4272909835, UMF6 en Blvd. Hidalgo No. 106, esq. Gonzalez Camarena S/N
Colaboradores:	Gladys Herichsema Valencia Hernandez. Gladisitta01@gmail.com.mx , celular: 7717082911, UMF6 en Blvd. Hidalgo No. 106, esq. Gonzalez Camarena S/N
En caso de dudas, dirigirse al Comité de Ética en investigación localizado en la coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No. 1 Queretaro, Queretaro, de Lunes A Viernes de 08 a 16: 00 hrs. Al teléfono de 442 211 2337 en el mismo horario o al correo electrónico: comiteticainvestigacionhgrlqro@gmail.com	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Nombre y firma del sujeto</p> <hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p> </div> </div>	

**ANEXO 2.- CUESTIONARIO DE NIVEL SOCIOECONOMICO AMAI 2018
 APLICADO A EMBARAZADAS NO ACEPTANTES DE METODOS DE
 PLANIFICACION FAMILIAR.**

1.-¿Cuál es el total de cuartos , piezas o habitaciones con que cuenta su hogar?, por favor no incluya baños , medios baños, pasillos, patios y zotehuelas?

RESPUESTA	PUNTOS
1	0
2	0
3	0
4	0
5	8
6	8
7 O MAS	14

2.-¿Cuántos baños completos con regadera y WC hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	13
2	13
3	31
4 O MAS	48

3.-¿En hogar cuenta con regadera funcionando en alguno de los baños?

RESPUESTA	PUNTOS
NO	0
SI	10

4.-Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar , incluyendo los de los techos , paredes y lámparas de buro o piso, dígame ¿Cuántos focos tiene su vivienda?

RESPUESTA	PUNTOS
0-5	0
6-10	15
11-15	27
16-20	32
21 o mas	46

5.-¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?

RESPUESTA	PUNTOS
Tierra o cemento	0
Otro tipo de material de acabado	11

6.-¿Cuántos automóviles propios , excluyendo taxis, tienen en su hogar?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	22
2	42
3 O MAS	58

7.-¿Cuántas televisiones a color tienen funcionando en este hogar?

RESPUESTA	PUNTOS
-----------	--------

0	0
1	22
2	4Q
3 O MAS	58

8.-¿Cuántas computadoras personales , ya sea de escritorio o lap top, tiene funcionando en este hogar?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	17
2 O MAS	29

9.-¿En este hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica?

RESPUESTA	PUNTOS
No tiene	0
Si tiene	20

10.-¿Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar, cual fue el ultimo año de estudios que completo? (espere respuesta y pregunte) ¿Realizo otros estudios?

RESPUESTA	PUNTOS
No estudio	0
Primaria incompleta	0
Primaria completa	22
secundaria incompleta	22
Secundaria completa	22
Carrera comercial	38
Carrera técnica	38
Preparatoria incompleta	38
Preparatoria completa	38
Licenciatura incompleta	52
Licenciatura completa	52
Diplomado o maestría	72
Doctorado	72
No sabe / no contesto	

ESCALA DE RESULTADOS AMAI	
PUNTAJE	NSE
60	POBREZA EXTREMA
61-101	POBRE
102-156	MEDIA BAJA
157-191	MEDIA
192-241	CLASE ALTA
242Y MAS	RICA

ANEXO 3.- INSTRUMENTO DE EVALUACION (FF-SIL):

Situaciones	Casi nunca (1)	Pocas veces (2)	A veces (3)	Muchas veces (4)	Casi siempre (5)
1. 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 diferentes.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás 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.					

PUNTUACION FINAL: _____

ANEXO 5.- ESCALA DE SATISFACCION MARITAL (PINCK Y ANDRADE, 1998)

ESCALA DE SATISFACCION MARITAL

(Pick y Andrade, 1998)

Estado civil:

Edad:

Cada uno de nosotros espera diferentes cosas en su relación de pareja, y en base a lo que espera, le gusta o no le gusta lo que está pasando. A continuación se presenta la lista con tres opciones de respuesta. Por favor conteste cada una de ellas en base a la siguiente lista de opciones:

- 1 = Me gustaría que pasara de manera muy diferente
- 2 = Me gustaría que pasara de manera algo diferente.
- 3 = Me gusta cómo está pasando.

1. El tiempo que mi cónyuge dedica a nuestro matrimonio	1	2	3
2. La frecuencia con la que mi cónyuge me dice algo bonito.	1	2	3
3. El grado el cual mi cónyuge me atiende	1	2	3
4. La frecuencia con que mi cónyuge me abraza	1	2	3
5. La atención que mi cónyuge pone a mi apariencia.	1	2	3
6. La comunicación con mi cónyuge.	1	2	3
7. La conducta de mi cónyuge frente a otras personas.	1	2	3
8. La forma como me pide que tengamos relaciones sexuales.	1	2	3
9. El tiempo que me dedica a mí	1	2	3
10. El interés que mi cónyuge pone en lo que hago.	1	2	3
11. La forma en que se comporta cuando esta triste.	1	2	3
12. La forma en que se comporta cuando está enojado (a)	1	2	3
13. La forma en que se comporta cuando está preocupado (a)	1	2	3
14. La forma en que se comporta cuando esta de mal humor.	1	2	3
15. La reacción de mi cónyuge cuando no quiero tener relaciones sexuales	1	2	3
16. El tiempo que dedica así mismo (a)	1	2	3
17. La forma como mi cónyuge se organiza.	1	2	3
18. Las prioridades que mi cónyuge tiene en la vida.	1	2	3
19. La forma como pasa el tiempo libre.	1	2	3
20. La puntualidad de mi cónyuge	1	2	3
21. El cuidado que mi cónyuge tiene a su salud.	1	2	3
22. El tiempo que pasamos juntos	1	2	3
23. La forma con que mi cónyuge trata de solucionar sus problemas	1	2	3
24. Mi cónyuge coopera para que se cumplan las labores del hogar	1	2	3