



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

“ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS Y LA VALORACIÓN DEL RIESGO
PREGESTACIONAL EN MUJERES ADULTAS
”

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Méd. Gral. ARIANA NATALY SUAREZ GODINEZ

Dirigido por:

Med. Esp. Manuel Enrique Herrera Avalos

Med. Esp. María Isabel Jiménez Reyes

Querétaro, Qro. a febrero 2024

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

“ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LA
VALORACIÓN DEL RIESGO PREGESTACIONAL EN MUJERES ADULTAS”

Tesis

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

Presenta:

Med. Gral. Ariana Nataly Suarez Godínez

Dirigido por:

Med. Esp. Manuel Enrique Herrera Avalos

Med. Esp. Mará Isabel Jiménez Reyes

Med. Esp. Manuel Enrique Herrera Avalos
Presidente

Med. Esp. María Isabel Jiménez Reyes
Secretario

Med. Esp. Ma. Del Carmen Ponce Martínez
Vocal

Med. Esp. Elsa Jenifer Cárdenas Maldonado
Suplente

Mtra. Azucena Bello Sánchez
Suplente

Centro Universitario,
Querétaro, Qro. Febrero 2024
México

Resumen

Introducción: México es pionero en el campo de la salud reproductiva y fue uno de los primeros países en incluir la atención preconcepcional como parte de su estrategia de salud para reducir la morbilidad perinatal y su impacto en la mujer como eje fundamental de la familia y la salud reproductiva. **Objetivo:** Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento de los métodos de anticonceptivos y la valoración del riesgo pregestacional en mujeres adultas. **Material y métodos:** Es un estudio observacional, transversal comparativo, que se realizó en mujeres adultas de 20 a 44 años de edad, usuarios y derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 8, Delegación 23 de Querétaro, Qro. México. Tamaño de muestra de 59 pacientes por grupo calculada mediante la fórmula de estudios descriptivos para comparar 2 proporciones con un intervalo de confianza de 95%, margen de error de 0.05%, para una zona de rechazo de la hipótesis nula y un poder del estudio del 80%, la técnica muestral se realizó mediante muestreo no probabilístico por cuota. Incluyendo mujeres de 20 a 44 años que aceptaron participar en el estudio previa firma de consentimiento informado, con 2 grupos, grupo 1 mujeres con nivel adecuado de conocimiento de métodos anticonceptivos y grupo 2 mujeres con nivel inadecuado de conocimiento de métodos anticonceptivos, excluyendo pacientes con métodos de planificación familiar definitivos, eliminando los cuestionarios incompletos. Variables de estudio: variables sociodemográficas, conocimiento de métodos de planificación familiar y riesgo pregestacional determinado mediante el cuestionario PREVIGEN I. Estudio sujeto a normas éticas internacionales. Se utilizó estadística descriptiva (porcentajes, promedios, desviación estándar, cálculo de intervalo de confianza para promedios y porcentaje) y para el análisis inferencial, uso de χ^2 para dos poblaciones independientes. **Resultados:** Se demostró que existe una asociación entre un nivel de conocimientos adecuado de métodos anticonceptivos y un riesgo pregestacional bajo (verde), resultando el primero un factor protector con una RM de 0.282 (IC 95%; 0.132-0.604). **Conclusiones:** El conocimiento de los métodos anticonceptivos es una herramienta fundamental para la disminución del riesgo pregestacional en las mujeres.

(**Palabras clave:** riesgo pregestacional, nivel de conocimiento, atención preconcepcional y métodos anticonceptivos)

Summary

Introduction: Mexico is a pioneer in the field of reproductive health and was one of the first countries to include preconception care as part of its health strategy to reduce perinatal morbidity and mortality and its impact on women as a fundamental axis of family and reproductive health. **Objective:** To determine the association between the level of knowledge of contraceptive methods and the assessment of pre-pregnancy risk in adult women. **Material and methods:** It is an observational, comparative cross-sectional study, which will be carried out in adult women from 20 to 44 years of age, users and beneficiaries of the Family Medicine Unit No. 8, Delegation 23 of Querétaro, Qro. Mexico. Sample size of 59 patients per group calculated using the descriptive studies formula to compare 2 proportions with a 95% confidence interval, 0.05% margin of error, for a zone of rejection of the null hypothesis and a study power of 80%, the sampling technique will be through non-probabilistic sampling by quota. Including women from 20 to 44 years of age who agree to participate in the study after signing informed consent, with 2 groups, group 1 women with an adequate level of knowledge of contraceptive methods and group 2 women with an inadequate level of knowledge of contraceptive methods, excluding patients with definitive family planning methods, eliminating incomplete questionnaires. Study variables: sociodemographic variables, knowledge of family planning methods, and pre-pregnancy risk determined using the PREVIGEN I questionnaire. Study subject to international ethical standards. Descriptive statistics will be used (percentages, means, standard deviation, confidence interval calculation for means and percentage) and for the inferential analysis, use of chi² for two independent populations. **Results** an association was shown to exist between an adequate level of knowledge of contraceptive methods and low pre-pregnancy risk (green), the former being a protective factor with an MR of 0.282 (95% CI; 0.132-0.604). **Conclusions:** Knowledge of contraceptive methods is a fundamental tool for decreasing pregestacional risk in women.

(Key words: pre-pregnacy risk, contraceptive methods, level of knowledge, preconception care)

Dedicatorias

Se lo dedico a mi hija y esposo por el apoyo incondicional y los desvelos a mi lado, por ser el motor y la inspiración de mi día a día.

Agradecimientos

En primer lugar, deseo expresar mi agradecimiento a mi director de esta tesis, Dr. Manuel Enrique Herrera Avalos, por la dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo, por el respeto a mis sugerencias e ideas.

Muy especialmente a la Dra. Mará Isabel Jiménez Reyes, quien con su esfuerzo y ejemplo me brindo orientación y atención sobre metodología y un apoyo en momento de crisis.

A la Dra. Elsa Maldonado Cárdenas, por ser orientadora y facilitadora durante la residencia médica, que durante estos tres años nos impulsó y sobre todo me enseñó que el estudiar no implica saber más, sino poder aplicar los conocimientos para poder ayudar a los demás.

Al Dr. Enrique Villarreal, que me oriento y guio en el camino del método científico, la veracidad en todo, así como, en los resultados de la investigación se necesita ser preciso, constante y sobre todo que sea estadísticamente significativo.

Índice (cuando esté concluido, oculten los bordes)

Contenido	Página
Resumen	I
Summary	II
Dedicatorias	III
Agradecimientos	IV
Índice	V
Índice de cuadros	VI
Abreviaturas y siglas	VII
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Fundamentación teórica	
3.1 Conocimiento de métodos anticonceptivos	5
3.1.1 Conocimientos generales	10
3.1.2 Planificación familiar	13
3.1.2.1 Mecanismo de Acción y efectividad de métodos anticonceptivos	17
3.2 Riesgo Pregestacional	20
3.2.1 conceptos generales del riesgo pregestacional	25
3.2.2 Duagnóstico	26
IV. Hipótesis o supuestos	30
V. Objetivos	31
V.1 General	31
VI. Material y métodos	32
VI.1 Tipo de investigación	32
VI.2 Población o unidad de análisis	32
VI.3 Muestra y tipo de muestra	33
VI. Técnicas e instrumentos	35
VI. Procedimientos	36
VII. Resultados	39

VIII. Discusión	49
IX. Conclusiones	52
X. Propuestas	53
XI. Bibliografía	55
XII. Anexos	56

Índice de cuadros

Cuadro		Página
VII.1	Porcentaje por escolaridad en mujeres con un nivel inadecuado y adecuado de conocimientos de métodos anticonceptivos.	40
VII.2	Porcentaje por ocupación en mujeres con un nivel inadecuado y adecuado de conocimientos de métodos anticonceptivos.	43
VII.3	Porcentaje por estado civil en mujeres con un nivel inadecuado y adecuado de conocimientos de métodos anticonceptivos.	45
VII.1	Características de la población	41
VII.2	Asociación del nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos y el riesgo pregestacional en mujeres adultas	44

Abreviaturas y siglas

CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
BRIMM	Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OMS	Organización mundial de la salud
PF	Planificación familiar
RPG	Riesgo pregestacional

I. Introducción

Los factores determinantes del riesgo pregestacional se encuentra bien identificados, las sumas de estos factores condicionan un incremento del mismo, por lo cual tener un adecuado control en aquellos factores modificables y el conocimiento de los factores no modificables, permite evaluar y determinar el riesgo pregestacional de cada paciente y su estado de salud. (Centro de Equidad y Género y Salud Reproductiva, 2013)

La atención médica la cual reciben las mujeres en edad reproductiva debe ser con un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería. Existe una gran oportunidad de incidir en los factores modificables en esta asociación, dentro de los cuales en el quehacer diario en el primer nivel de atención se encuentran dos principales oportunidades de inferir en este riesgo. La primera que compete a la mujer como eje central de la atención pregestacional y otra que atañe a los servidores de salud. (Hernández Figueiras et al., 2022)

Las mujeres asiduas a los servicios de salud, que acude ya sea solo a una consulta preventiva de ella o de alguno de los integrantes de su familia o aquellas que acuden a control de alguna patología crónica permite una oportunidad para la monitorización del riesgo pregestacional, generando una cuantificación del riesgo, que le permite a la mujer conocer el riesgo pregestacional que tiene. (Hernández Figueiras et al., 2022)

El conocimiento del riesgo pregestacional por parte de la mujer, permite ampliar oportunidades para la educación, la consejería y la orientación sobre diversos temas en salud reproductiva. Esto podría suponer un impacto en los indicadores en cuanto a la salud de la mujer y el riesgo pregestacional. También en esta línea de actuación se podría favorecer el ejercicio de las mujeres a su

derecho sexual y reproductivo, con plena conciencia en su toma de decisiones, favoreciendo el empoderamiento de la mujer haciéndola participe en el reconocimiento de factores y las posibles complicaciones aunadas al incremento del riesgo pregestacional. (Moreira-Díaz et al., 2020)

Para lo cual sería indispensable el reconocimiento de la importancia del riesgo pregestacional por parte de los prestadores del servicio de salud, ya que con el uso adecuado de estrategias en salud y partiendo de un equipo multidisciplinario, se podría establecer medidas preventivas más individualizadas sobre la orientación y la consejería de los diversos métodos de planificación familiar. (Claringbold et al., 2019)

En cuanto al equipo de salud, el reconocimiento del riesgo pregestacional como un ente dinámico y no estático presupone una mayor oferta a las demandas de la mujer puesto que se podría mejorar la estrategia de consejería de métodos de planificación familiar, mediante el proceso de individualización tomando en cuenta las necesidades y los deseos de la mujer. (Aguayo Ortega, 2022)

En vista de lo anterior se podría asumir que el nivel de conocimiento sobre métodos de planificación familiar se encuentra relacionada con el riesgo pregestacional.

II. Antecedentes

El conocimiento de métodos de planificación familiar es un tema de importancia para la salud pública, ya que presupone una medida preventiva como parte de la salud reproductiva. (Dirección Nacional de Salud materno-infantil y planificación familiar, 2021)

Sin diferenciar, se han realizado numerosos estudios al respecto sobre el conocimiento de métodos de planificación familiar y riesgo pregestacional, en el desarrollo de la salud de las mujeres en edad fértil.

Si bien la información al respecto es muy poca, existen estudios que ponen en manifiesto que cerca del 95% de las mujeres estudiados conocían la existencia de algún método de planificación, sin embargo, desconoce ampliamente las recomendaciones ventajas y desventajas de cada uno de ellos. (OMS Salud Materna, 2019)

Un estudio evaluó la correlación entre el conocimiento y la aceptabilidad de método y concluyó que debe desarrollarse estrategias educativas que permitan mejorar el uso de métodos anticonceptivos. (Aguayo Ortega, 2022)

En la edad adulta se concentra la mayor proporción de población y la población productiva, además, representa un reto para promover estilos y hábitos saludables y la atención de algunas enfermedades crónicas que se pueden suscitar en esta etapa de la vida, por este motivo concentrar nuestras acciones específicas en este grupo poblacional, especialmente en las mujeres, representa un reto, sobre todo cuando se habla de prevención, es de vital importancia brindar atención pregestacional a toda mujer en edad adulta de 20 a 49 años. (Moreira-Díaz et al., 2020)

La implicación práctica del conocimiento de los datos que fueron obtenidos permite justificar la importancia y relevancia que tiene la consulta de atención pregestacional en las unidades de primer nivel de atención, siendo estas la puerta de entrada para la atención y servicio del sistema de salud; a su vez relacionado la importancia de la valoración del riesgo pregestacional y el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos. (Aguayo Ortega, 2022)

III. Fundamentación teórica

3.1. Conocimiento de métodos anticonceptivos

3.1.1 Conceptos generales.

El conocimiento es el proceso por el cual una persona toma conciencia de su realidad y en el proceso presenta un conjunto de representaciones que no dejan dudas sobre su veracidad. (Cerón Martínez, 2017)

Además, el conocimiento puede entenderse de muchas maneras: como una especie de contemplación, porque conocer es ver; como asimilación, porque nutre, y como creación, porque conocer es producir. (Hernández Fernández, L. 2018)

De acuerdo a Hessen el conocimiento es la determinación de un objeto por un sujeto. El tener intelecto implica que conocer sea el acto más trascendental del hombre. El objetivo fundamental del conocimiento es llegar a formarnos ideas o conceptos sobre las cosas. (Münch Galindo L., & Lugo Nieto, E,2018)

Comprendemos el conocimiento, como la captación a través del intelecto de un objeto con el fin de comprender su esencia, sus atributos y propiedades y sus relaciones con otros objetos, por lo cual buscamos captar la esencia de las cosas. Hernández Fernández, L. 2018)

El conocimiento, se divide en tres grandes grupo : conocimiento acientífico, conocimiento científico y conocimiento filosófico. (González Luna, E. 2004)

El conocimiento acientífico, es también llamado, vulgar, ordinario o de sentido común, nos ayuda a conocer las cosas, nos ayuda a comprender las cosas sin utilizar métodos, técnicas o símbolos. Es al

go que utilizamos en nuestra vida diaria. En el saber común, el saber y la vida, depende el uno de la otra y mutuamente se condicionan. (González Luna, E. 2004)

Por medio del conocimiento común u ordinario nos formamos las nociones más triviales, más superficiales y más fugaces, emitimos juicios y pensamientos tocados muchas veces de ingenuidad; razonamos en la misma forma precipitada e ingenua, no obstante, nos sentimos en el proceso de la vida diaria guiados por dichas nociones. (González Luna, E. 2004)

Este conocimiento suele confundir las cosas que le rodean con las ideas que se forman acerca de ellas, son surgidos de la inmadurez y práctica para generar un sentido de orientación igualmente práctico en el mundo habitado y practicado. (González Luna, E. 2004)

El conocimiento científico es omnipresente y ejerce una enorme influencia en todo agente socializado por haberse arraigado en los sedimentos más profundos de sus estructuras subjetivas (cognitivas, emocionales, volitivas, éticas o estéticas) como producto de un fuerte gasto de inculcación en los primeros años de su vida que, como tatuajes hechos sobre los organismos biológicos por su cultura, suelen ser inseparables del agente social durante el resto de su vida, aún dentro del sistema escolar. (González Luna, E. 2004)

Los conocimientos científicos, los métodos y secuencias de la investigación y sus conclusiones están sujetos a crítica racional o experimental. En este tipo de conocimiento indagamos las causas próximas de las cosas y se hace una especie de inventario o descripción de estas. (González Luna, E. 2004)

El conocimiento filosófico busca la causa última de las cosas, es decir, todo lo que afecta al orden y existencia de la existencia. Las causas se

clasifican en eficiente, final, material, formal y ejemplar. Este tipo de conocimiento, además de ser ordenado y metódico, es general, en el sentido de que trata de comprender las cosas. (González Luna, E. 2004)

En tanto desde este punto de vista podríamos decir que el conocimiento de métodos de anticonceptivos podríamos entenderlo inicialmente como la información que se obtiene sobre los métodos de anticonceptivos su uso adecuado, las ventajas y desventajas de cada uno de ellos y el riesgo asociado al uso de estos. (Rosas, F. R., & Marín, A. M. 2006)

Si bien la información al respecto es muy poca, existen estudios que ponen en manifiesto que cerca del 95% de las mujeres estudiados conocían la existencia de algún método de planificación, sin embargo, desconoce ampliamente las recomendaciones ventajas y desventajas de cada uno de ellos. (Rosas, F. R., & Marín, A. M. 2006)

Algunos resultados de investigaciones indican que la principal barrera para el uso de métodos de planificación familiar es la falta de conocimiento sobre su uso tanto a nivel individual como comunitario. La ignorancia se relaciona principalmente con los bajos niveles de educación. (Maitanmi, J. O., Tanimowo, M. F.,2021)

Si bien un estudio llevado en la Ciudad de México sugiere que cerca del 52% de la población femenina concia el método anticonceptivo que utilizaba en ese momento. (Sánchez-Meneses, M. C.,2015)

Un estudio evaluó la correlación entre el conocimiento y la aceptabilidad de método y concluyo que debe desarrollarse estrategias educativas que permitan mejorar el uso de métodos anticonceptivos. (Jack, B. W., Bickmore, T., Yinusa-Nyahkoon, L.,2020)

Como sugiere Cano en un estudio realizado en 2019 en una población de Tabasco, donde concluye que las principales causas del rechazo a los métodos de planificación familiar fueron el temor a la presencia de efectos secundarios, seguida de mitos y rumores y la tercera causa más común fue la falta de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar. (Zetina-Hernández, E., Gerónimo-Carrillo, R., 2018)

El nivel de conocimiento mínimo adecuado sobre planificación familiar ha sido un área poco explorada en nuestro medio, pues la mayoría de estudios investigan el uso actual o el conocimiento sobre la existencia de métodos de planificación familiar, pero es escasa la información respecto a si las usuarias los usan en forma adecuada: mismo ocurre para el nivel de conocimiento mínimo adecuado. (Zetina-Hernández, E., Gerónimo-Carrillo, R., 2018)

Centramos nuestros esfuerzos en acciones en esta población, donde la mayor proporción de la población se concentra durante la edad adulta, y la población productiva plantea desafíos en la promoción de formas y hábitos saludables y el cuidado de algunas de las enfermedades crónicas que pueden surgir durante esta etapa de la vida. especialmente en las mujeres, representa un reto, sobre todo cuando se habla de prevención, es de vital importancia brindar atención pregestacional a toda mujer en edad adulta (de 20 a 49 años). (Diario Oficial de la Federación, D. 2004)

Mediante estrategias, que nos permitan inferir en los riesgos inminentes propios de a la edad adulta y sobre todo en las mujeres, ya que son las que se embarazan y se ve modificado su ciclo de vida, nos es de importancia generar en las mujeres todas aquellas medidas preventivas que no permitan inferir en la disminución de riesgo potencial mente letales para este grupo de población. (Diario Oficial de la Federación, D. 2004)

En 2019, se estimaba que había 1.900 millones de mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) en todo el mundo, de las cuales 1.112 millones necesitaban planificación familiar. De ellas, 842 millones utilizan métodos anticonceptivos y 270 millones tienen necesidades desatendidas en materia de anticoncepción. (Alejandra, R. G., Mayra del Carmen, O. J., 2020)

El porcentaje de mujeres en edad reproductiva con las necesidades de planificación familiar satisfechas con métodos modernos (que corresponde al indicador 3.7.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible [ODS]) era del 75,7% a nivel mundial en 2019. (Vladimira, K., Marck C, W., & Aisha, D. 2020)

El uso de anticonceptivos fomenta el derecho de las personas a decidir el número de hijos que desean tener y el intervalo entre los embarazos. (Vladimira, K., Marck C, W., & Aisha, D. 2020)

La mayoría de las complicaciones que aparecen durante la gestación, parto o por periodos son prevenibles o tratables y otros pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. (JP, S. 2013)

La tasa de mortalidad materna en los países en desarrollo fue de 239 por 100.000 nacidos vivos en 2015, en comparación con solo 12 por 100.000 en los países desarrollados. Existen diferencias significativas no sólo entre países sino también dentro de un mismo país, entre mujeres de altos y bajos ingresos y entre poblaciones rurales y urbanas. (OPS, O. P. de S. 2016)

De acuerdo a la ENSANUT salud 2018 -2019 se entrevistaron había 43.070 adultos mayores de 20 años (82.768.000 adultos nacionales), 45,4% hombres y 54,6% mujeres, con una edad media de 43 años para los hombres y 44 años para

las mujeres. México sigue presentando una mayor proporción de adultos en edades de 20 a 29 años. (Levey, S., & Orozco, V. 2020).

El momento de inicio de vida sexual con lleva a la exposición de riesgos como embarcarse o adquirir infecciones de transmisión sexual, cuando se carece de prácticas sexuales protegidas, esto a su vez expone a las mujeres a verse en situaciones de vulnerabilidad social. (Levey, S., & Orozco, V. 2020).

Con respecto a esto los resultados de ENSANUT 2018-19. Señala que de los adultos entrevistados el 91.4% ha iniciado vida sexual, 92,2 hombres y 90.7% mujeres, según los resultados de dicha encuesta señala que el uso de métodos anticonceptivos en su primera relación sexual el porcentaje que reporta no haber utilizado método de planificación familiar es mayor en mujeres que en hombres (41.3% hombres y 54.4% mujeres).de los adultos entrevistados que utilizaron algún método de planificación familiar los hombres reportan un porcentaje mayor que las mujeres, siendo el condón masculino (55.6% hombre y 40.8% mujeres) el mayormente utilizado. (Levey, S., & Orozco, V. 2020).

El uso de métodos anticonceptivos en su última relación sexual tiene algunas variaciones con respecto al porcentaje de uso, este aumentando el uso de métodos sobre todo en mujeres (34.9% en hombres y 37.5% en mujeres). (Levey, S., & Orozco, V. 2020).

En México, según la Encuesta Nacional de Demografía (ENADID) de 2014, 59.6% de las mujeres en edad fértil que se encontraban embarazadas al momento de la encuesta se clasificaron en la categoría de embarazo planeado; el 18,5% fueron embarazos no planificados y el 21,9% no deseados. Las tasas más altas de embarazos no planificados se registran entre adolescentes y mujeres jóvenes, y el 50% de ellos son no intencionados. (Levey, S., & Orozco, V. 2020).

Sin embargo, en el otro extremo de la vida reproductiva, entre mujeres de 40 años y más, entre cuatro y cinco de 10 embarazos son no deseados. (Luna, M., Muños, J. A., & Freyermuth, G. 2018).

El embarazo no intencionado se define como aquel que la mujer hubiera preferido retrasar por dos años o más (embarazo no planeado) o aquel que la mujer definitivamente no quería (no deseado). (Luna, M., Muños, J. A., & Freyermuth, G. 2018).

En base a esto surge un común denominador y es la tasa de muerte materna en México, de acuerdo al reporte nacional de muertes maternas en el 2016, en relación a la razón de mortalidad materna. Sigue siendo las causas obstétricas indirectas el 29, 7% frente a las causas directas. Esta transición epidemiológica es de suma importancia puesto que de acuerdo a la búsqueda intencionada y recalificación de muerte materna México 2017 (BRIM) hubo un total de 932 muertes maternas representaron 209 (22.4%) mujeres fallecidas por causas indirectas, no dejando de largo la Enfermedad hipertensiva 17.7% Aborto (7.9%) y hemorragia obstétrica 14.6% por esta razón es importante orientar una atención preventiva, valorando riesgo antes de llevarse a cabo un embarazo. (Luna, M., Muños, J. A., & Freyermuth, G. 2018).

De acuerdo BRIM en Querétaro para el 2017 se reportaron 10 muertes maternas de las cuales 8 fueron incluidas en razón de muerte materna, de las cuales 1 fue por enfermedad hipertensiva, 4 por causas indirectas y 3 directas. Lo que representa para el 2017 una razón de muerte materna (RMM) del 20.1 en relación con al del país 34.4 por cada 100 mil habitantes. (Boletín CONAMED, observatorio N. de M. M. 2019)

Los cambios en la epidemiología están impactando la salud materna. En México, un número cada vez mayor de mujeres muere por causas indirectas de

mortalidad materna (como diabetes tipo 2 e hipertensión) y enfermedades que complican el embarazo. En un estudio realizado del 2006-2013 por Hogan y colaboradores, en el cual identificaron y reclasificaron 1,214 defunciones como muertes maternas mediante la Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas (BIRMM), identificaron que las muertes obstétricas directas se redujeron, mientras que las muertes derivadas de causas obstétricas indirectas se mantuvieron sin cambios en un periodo de estudio de ocho años. (Boletín CONAMED, observatorio N. de M. M. 2019)

El informe destacó la necesidad de rediseñar los servicios de salud materno-infantil para abordar nuevos desafíos, como la creciente amenaza a la salud materna derivada de enfermedades no transmisibles. Los hallazgos son similares a otros estudios realizados sobre las causas de mortalidad durante el embarazo y que sustentan la “transición obstétrica”, un término acuñado recientemente para describir el cambio en las causas de las muertes maternas de directas a indirectas. (Boletín CONAMED, observatorio N. de M. M. 2019)

Teniendo en cuenta la transición obstétrica, como el cambio en la relación de las muertes maternas en función a las causas que las producen, entenderemos que las causas directas resultan de las complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones médicas y quirúrgicas para atender estas complicaciones, de omisiones en el tratamiento, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. (Luna, M., Muños, J. A., & Freyermuth, G. 2018).

Y las indirectas resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo, parto o puerperio; dichas enfermedades también pueden afectar la

evolución del embarazo, parto o puerperio. (Luna, M., Muños, J. A., & Freyermuth, G. 2018), (Boletín CONAMED, observatorio N. de M. M. 2019)

Las complicaciones que puede presentar una mujer, quien se embaraza en momentos no óptimos para su gestación, entre ellas las que se derivan de enfermedades crónico degenerativas. A medida que aumenta la incidencia y prevalencia de estas enfermedades, los pacientes tienen un mayor riesgo de padecer estas enfermedades si no reciben un seguimiento adecuado y un tratamiento oportuno en el ámbito ambulatorio cuando se presentan estas complicaciones. (Boletín CONAMED, observatorio N. de M. M. 2019)

Una de las metas específicas en salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (objetivo 3) al 2030 es garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva. Para lograr dichas metas es fundamental el monitoreo de indicadores que permitan visualizar la situación de la salud sexual y reproductiva. (Morán, M. 2015).

3.1.2 Planificación familiar

La planificación familiar es un pilar importante en la atención pregestacional, es una estrategia mediante la cual se puede reducir la tasa de embarazos no deseados, permite el espaciamiento entre embarazos, la oportunidad de tener salud optima antes de un embarazo. (Diario Oficial de la Federación, D. 2004)

La planificación familiar (PF) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la posibilidad de un individuo o familia de determinar el tamaño y la estructura de su descendencia, implicando importantes beneficios para la salud reproductiva. (Organización Mundial de la Salud, & Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Conexas. 2018).

En este contexto, se señala que la planificación familiar es un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a mujeres y hombres en edad fértil, entre las que se destacan las siguientes: El derecho a ejercer la sexualidad libre y responsablemente. (Diario Oficial de la Federación, D. 2004)

La planificación familiar en su conjunto está asociada a la disminución de embarazos no deseados, no planificados, no intencionados y abortos, a menor tasa de fecundidad y de mortalidad materna, además fomenta el empoderamiento de las mujeres. (Diario Oficial de la Federación, D. 2004)

Los objetivos de la planificación familiar incluyen brindar al público conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, acceso a métodos anticonceptivos y los pros y los contras de cada método para que las personas puedan tomar las mejores decisiones sobre cómo vivir sus vidas. (Organización Mundial de la Salud, & Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Conexas. 2018).

Para el propósito de esta investigación es indispensable el conocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos y las características con referencia a ellos.

Englobados de manera general estos son los principales métodos anticonceptivos: píldoras anticonceptivas orales, implantes, inyectables, parches, anillos vaginales, dispositivos intrauterinos, preservativos, esterilización masculina y femenina, método de la amenorrea de la lactancia, coito interrumpido y métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. (Department of Reproductive Health and Research, W. H. O. 2018).

Además, no debemos olvidar que la PF, mediante los métodos anticonceptivos de barrera, ayuda a la prevención de infecciones de transmisión de sexual, incluidos el papiloma virus (PVH), el VIH y muchas otras infecciones

cuya propagación anual en millones de personas y sus consecuencias en la salud son consideradas como un problema de salud pública. (Miguel, G. 2013).

Las necesidades insatisfechas de servicios e información sobre métodos anticonceptivos existen no solo en las mujeres fértiles que no desean tener más hijos y no usan métodos anticonceptivos, sino también en aquellas personas que los utilizan y no logran alcanzar su objetivo de limitar o espaciar su embarazo, ya sea por falta de conocimientos o por no contar con métodos seguros. En este sentido, incluso las personas que se encuentran usando métodos modernos están expuestas a un nivel importante de fracaso de medida anticonceptiva. (UFNA, F. de P. de las N. U. 2020).

El uso eficaz de anticonceptivos no sólo reduce la frecuencia de los abortos, sino que también es un método del concepto general de planificación familiar, que es muy importante para el equilibrio de la vida familiar y el correcto desarrollo de una nueva personalidad humana. (Aguayo Ortega, ESS. A. J. 2022).

Teniendo en cuenta estos puntos es importante reconocer que múltiples estrategias se han creado para ofertar información con respecto a los métodos de planificación familiar, el IMSS cuentan con amplia variedad de métodos anticonceptivos, así como personal de salud que brinda información y consejería en planificación familiar, para adoptar el método anticonceptivo de acuerdo a las necesidades, expectativas reproductivas y estado de salud de los derechohabientes y su familia. (IMSS. *Planificación familiar* 2016)

El Seguro Social cuenta con 18 métodos de planificación familiar temporales y definitivos para el público en general, también se han establecido estrategias con los 254 Módulos de Atención a la Prestación de Servicios de Planificación Familiar (MAPS) y 246 consultorios de planificación familiar, así

como el programa PrevenIMSS, con el proyecto “JuvenIMSS” y “Ella y Él” (IMSS. *Planificación familiar 2016*)

3.1.3 Mecanismo de acción y efectividad de los métodos anticonceptivos

<i>Método anticonceptivo</i>	Mecanismo de acción	Eficacia Embarazos por cada 100 mujeres en un año cuando se usa de forma constante y correcta	Eficacia. Embarazos por cada 100 mujeres en un año cuando se usa de forma habitual
<i>Anticonceptivos orales combinados (AOC) o «la píldora»</i>	Evita la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación)	0,3	7
<i>Píldoras con progestágeno solo</i>	Espesa el moco cervical impidiendo la unión de los espermatozoides con el óvulo y evita la ovulación	0,3	7
<i>Implantes</i>	Espesa el moco cervical impidiendo la unión de los espermatozoides con el óvulo y evita la ovulación	0,1	0,1
<i>Inyectables con progestágeno solo</i>	Espesa el moco cervical impidiendo la unión de los espermatozoides con el óvulo y evita la ovulación	0,2	4
<i>Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables combinados (AIC)</i>	Evita la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación)	0,05	3
<i>Parche anticonceptivo combinado y anillo vaginal anticonceptivo</i>	Evita la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación)	0,3 (para el parche) 0,3 (para el anillo vaginal)	7 (para el parche) 7 (para el anillo vaginal)

<i>combinado (AVC)</i>			
<i>Dispositivo intrauterino (DIU): de cobre</i>	El cobre daña los espermatozoides e impide que se unan con el óvulo	0,6	0,8
<i>Dispositivo intrauterino (DIU) de levonorgestrel</i>	Espesa el moco cervical impidiendo la unión de los espermatozoides y el óvulo	0,5	0,7
<i>Preservativo masculino</i>	Forma una barrera que impide la unión de los espermatozoides con el óvulo	2	13
<i>Preservativo femenino</i>	Forma una barrera que impide la unión de los espermatozoides con el óvulo	5	21
<i>Esterilización masculina (vasectomía)</i>	Se bloquea el paso de los espermatozoides al semen eyaculado	0,1	0,15
<i>Esterilización femenina (ligadura de trompas o salpingoclasia OTB)</i>	Se impide el paso a los óvulos para su unión con los espermatozoides	0,5	0,5
<i>Método de la amenorrea de la lactancia (MELA)</i>	Evita la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación)	0,9 (en seis meses)	2 (en seis meses)
<i>Método de los días fijos</i>	Impide el embarazo si se evita el sexo vaginal sin protección durante los días más fértiles	5	12
<i>Método de la temperatura corporal basal (TCB)</i>	Impide el embarazo si se evita el sexo vaginal sin protección durante los días fértiles	No se dispone de tasas de eficacia fiables	
<i>Método de los dos días</i>	Impide el embarazo si se evita el sexo vaginal sin protección durante los días más fértiles	4	14

<i>Método sintotérmico</i>	Impide el embarazo si se evita el sexo vaginal sin protección durante los días más fértiles	<1	2
<i>Píldoras anticonceptivas de urgencia (30 mg de acetato de ulipristal o 1,5 mg de levonorgestrel)</i>	Impide o retrasa la liberación de óvulos de los ovarios. Las píldoras se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de tener relaciones sexuales sin protección	<1 para las píldoras anticonceptivas de urgencia con acetato de ulipristal 1 para las que contienen progestágeno solo 2 para las combinadas que contienen estrógeno y progestágeno	
<i>Método del calendario o método del ritmo</i>	La pareja impide el embarazo evitando el sexo vaginal sin protección entre el primer y el último días fértiles estimados, bien absteniéndose o utilizando un preservativo	No se dispone de tasas de eficacia fiables	15
<i>Marcha atrás (coito interrumpido)</i>	Se trata de evitar que los espermatozoides entren al cuerpo de la mujer, evitando así la fecundación	4	20

Fuente *Family Planning: A Global Handbook for Providers. 2018 edition* (en inglés). Organización Mundial de la Salud y Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

3.2 Riesgo pregestacional

3.2.1 Conceptos generales

Los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) son llamados a la acción para todos los países para erradicar la pobreza, proteger el planeta y garantizar la paz y la prosperidad. Los cuales se engloban 17 objetivos. Dentro de los cuales el objetivo 3 llamado salud y bienestar, nos es de importancia, ya que tiene como fin garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades esenciales para el desarrollo sostenible (Morán, M. 2015).

Ante el reto del cumplimiento de estos objetivos, la muerte materna se estableció como un problema prioritario, por lo menos cinco son los aspectos reconocidos internacionalmente como factores que contribuyen a reducir la muerte materna: la planificación familiar; atención obstétrica con personal calificado; disponibilidad de la atención obstétrica de emergencia las 24 horas y los 365 días del año; implementación hospitalaria de protocolos de tratamiento basado en la evidencia y campaña permanente de fortalecimiento del autocuidado. (Briones Garduño J. C., & Díaz de León Ponce M. 2016)

La prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de reproducción es uno de los pilares fundamentales para el desarrollo de la salud reproductiva y la salud materno infantil en su conjunto son indicadores para medir el nivel del desarrollo de un país. (Briones Garduño J. C., & Díaz de León Ponce M. 2016)

Partiendo de este principio, dependiendo de las condiciones en que se planifique un embarazo, se desarrolle el mismo, el parto y el puerperio dependerá de la calidad de atención que reciba durante este proceso de planificación; por ello la atención pregestacional y la valoración del riesgo reproductivo juega un papel muy importante. (Briones Garduño J. C., & Díaz de León Ponce M. 2016)

Si bien la salud sexual y reproductiva, de acuerdo a la Organización Mundial para la Salud (OMS) se define como un estado general de bienestar físico, mental, social y no la mera ausencia de enfermedad o dolencia en todos los aspectos vinculados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos; se refiere a asegurar que el individuo sea capaz de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y libre de riesgos. (OMS, O. M. de la S. 2017)

Por tanto, la salud sexual y reproductiva se define como un conjunto de métodos, técnicas y servicios que ayudan a generar la salud y el bienestar reproductivo. Su concepto es amplio y comprende la atención a la infancia, adolescencia, atención preconcepcional o también descrita en algunos textos como pregestacional, al aborto, parto, además de educación sexual, enfermedades de transmisión sexual, climaterio y menopausia y diagnóstico precoz de cáncer cervicouterino y de mama. (Centro de Equidad y Género y Salud Reproductiva, S. de S. 2013)

Centrándonos en la atención pregestacional veremos que su objetivo es promover la salud de la mujer y la de su futura descendencia y forma parte de la atención integral prenatal. Se basa en la promoción de la salud, la evaluación del riesgo reproductivo y en las acciones emprendidas en función de los riesgos y enfermedades detectadas. (JP, S. 2013).

El adecuado control y manejo del riesgo pregestacional (RPG) es un punto determinante en la disminución de la morbilidad y mortalidad general de la población femenina y la posibilidad real de disminuir o evitar el daño que, desde el punto de vista biopsicosocial y ambiental, pueda sufrir una madre o su hijo. (María Isabel, G. H., & Geovanna Paola, L. A. 2019).

Siendo la prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de reproducción uno de los pilares fundamentales en el desarrollo de la salud

reproductiva, la valoración del RPG tiene importancia medular por su relación con la mortalidad materna e infantil. (González Portales, a., Rodríguez Cabrera, a., & Jiménez, m. 2016)

La medicina basada en enfoque de riesgo, no puede dejar de lado la visión de RPG y tener en cuenta que las medidas preventivas deben empezar antes de la concepción, a esta etapa se le conoce como espacio preconcepcional o pregestacional, dentro de la cual se considera la etapa de ciclo reproductivo de la mujer que no está embarazada, no importando el número de embarazos previos, el periodo intergenesico entre cada uno de ellos. (González Portales, a., Rodríguez Cabrera, a., & Jiménez, m. 2016)

Por tanto, se debe brindar una atención pregestacional, a toda mujer en edad fértil; la cual consiste en la provisión de intervenciones biomédicas, conductas y de salud social a las mujeres y parejas antes de que ocurra la gestación, destinado a mejorar su estado de salud y comportamientos que reducen los factores individuales y ambientales que podrían contribuir a resultados deficientes en la salud materna e infantil. (Oakley, L. P., Harvey, S. M., & López-Cevallos, D. F. 2018).

Mediante la provisión de cuidados pregestacionales, que consisten en medidas modificadoras que ayudan a identificar y modificar riesgos biomédicos, sociales y comportamientos en la salud de la mujer, que permiten la intervención y el manejo de estos antes de la gestación. (Sánchez Ruiz, J. C., González López, E., Aparicio Tijeras, C., & Ezquerro Gadea, J. 2013).

Partiendo de este principio tendremos en cuenta que la mujer debe recibir atención médica no solo durante el periodo prenatal y el parto, sino también durante el periodo pregestacional, esto con el fin de dar una atención en salud de gran calidad y calidez, con el fin de realizar una labor realmente preventiva.

La muerte en el periodo perinatal y complicaciones durante el embarazo y el puerperio en las mujeres en edad fértil sigue siendo un problema de salud pública en las mujeres, por lo que constituyen un grupo vulnerable hacia el cual se deben dirigir campañas de prevención. (Arrate Negret, M. M., & Manuel de Jesus, L. 2017).

Es importante conocer el impacto que generaría un pequeño cambio y gran esfuerzo para realizar valoraciones con el fin de detectar factores de riesgo, que en alguno momento puede llegar incidir en la morbo-mortalidad materna.

En la actualidad un mínimo de países a nivel mundial plantea una estrategia bien estructurada que brinde atención pregestacional a la población. En este contexto, México es pionero en incluir la atención pregestacional como parte de la atención médica destinada a mejorar la salud materna y perinatal. (Centro de Equidad y Género y Salud Reproductiva, S. de S. 2013).

La atención pregestacional se define como la provisión de intervenciones biomédicas, conductuales y de salud social a las mujeres y parejas antes de que ocurra la gestación, destinado a mejorar su estado de salud y comportamientos que reducen los factores individuales y ambientales que podrían contribuir a resultados deficientes en la salud materna e infantil. (Centro de Equidad y Género y Salud Reproductiva, S. de S. 2013) y (González Portales, a., Rodríguez Cabrera, a., & Jiménez, m. 2016)

El periodo pregestacional, constituye un momento estratégico para la modificación de problemas de salud, así como para detectar posibles factores de riesgo. Se estima que una proporción importante de mujeres que inician un embarazo ya tienen problemas de salud que pueden empeorar el embarazo y poner en peligro la vida de la madre, del feto o de ambos. (Sánchez Ruiz, J. C., González López, E., Aparicio Tijeras, C., & Ezquerro Gadea, J. 2013).

Por tanto, el controlar, modificar o incluso eliminar aquellos factores de riesgo que condiciona el riesgo preconcepcional, es el objetivo y a la vez estrategia de la atención en primer nivel, con el fin de mejorar la salud de las mujeres, la familia y la comunidad. (Arrate Negret, M. M., & Manuel de Jesus, L. 2017).

Sera importante diferenciar entre el *riesgo reproductivo*, *riesgo preconcepcional* y *riesgo obstétrico*, con el fin de brindar mayor claridad, ya que cada uno posee su importancia en la valoración integral, y cada riesgo estará condicionado de manera diferente en las mujeres. (Wally, M. K., Huber, L. R. B., Issel, L. M., & Thompson, M. E. 2017)

Si hablamos de riesgo reproductivo, encontraremos varias definiciones en la literatura dentro de las cuales destacan: Se utiliza como un indicador que puede identificar a las mujeres, familias o poblaciones más vulnerables, dirigir los recursos disponibles hacia ellas y priorizar la atención, y cubrir los riesgos obstétricos y perinatales existentes. (Wilson, R. D. (2022).

También lo definen como el grado de peligro que tienen, tanto las mujeres en edad fértil no gestante, su pareja, y el producto potencial (el feto), de sufrir algún daño durante el proceso de la reproducción en condiciones no ideales. (González Portales, a., Rodríguez Cabrera, a., & Jiménez, m. 2016) y Wilson, R. D. (2022).

Teniendo en cuenta las definiciones previas podemos inferir que el riesgo reproductivo es la suma del riesgo preconcepcional, riesgo obstétrico y riesgo perinatal (González Portales, a., Rodríguez Cabrera, a., & Jiménez, m. 2016)

El riesgo obstétrico será toda característica o circunstancia detectable en la embarazada que se asocia con un incremento en la probabilidad de que ocurra un

daño a la salud para ella o su hijo durante el embarazo, el parto o en el puerperio. (Brenes-Monge, A., Yáñez-Álvarez, I., Menese-León, J. 2020)

El riesgo preconcepcional, es la probabilidad que tiene una mujer no gestante en edad fértil de ser dañada durante el proceso de la reproducción. Está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio madre / hijo durante la gestación, parto o puerperio. (Raghuraman, N., & Tuuli, M. G. 2021).

Se cree que los riesgos biológicos, psicológicos y sociales no deben evaluarse por igual porque las mismas condiciones de riesgo no afectan de la misma manera a todas las mujeres o parejas. Por tanto, es necesario considerar los criterios mediante los cuales se pueden identificar en cada situación. (García Hermida, M. I., & Lucero Arcos, G. P. (2019).

Ahora bien, entendiendo estos conceptos será importante valorar qué factores de riesgo se atribuyen a un RPG, en tanto será importante tener en cuenta que el RPG, así como todos los riesgos está aunado a factores modificables y no modificables; entonces bien la valoración del RPG nos permitirá incidir en aquellos factores que pueden ser modificables en las mujeres adultas, que se encuentran en su ciclo de vida reproductivo. (Wally, M. K., Huber, L. R. B., Issel, L. M., & Thompson, M. E. 2017) Y (García Hermida, M. I., & Lucero Arcos, G. P. (2019).

Además, que nos permitirá conocer aquellas mujeres que intrínsecamente tienen un riesgo elevado por estar asociado a diferentes factores, sobre todo patologías crónicas de base. (Arrate Negret, M. M., & Manuel de Jesus, L. 2017).

En general, la susceptibilidad a sufrir trastornos reproductivos se debe a la presencia de ciertas características biológicas, psicológicas, sociales y

ambientales que interactúan entre sí. Estas características se denominan factores de riesgo preconcebidos. (García Hermida, M. I., & Lucero Arcos, G. P. (2019).

3.2.2. Diagnostico

El principal instrumento para lograr una adecuada salud reproductiva es la aplicación de concepto de riesgo reproductivo, basado en la atención con enfoque de riesgo el cual incluye al riesgo preconcepcional. (Arrate Negret, M. M., & Manuel de Jesus, L. 2017).

Entre estos factores se encuentran: Los factores biomédicos, entre ellos el mal estado nutricional, la nutrición inadecuada contribuye hasta el 20% de las muertes maternas y es un factor importante en el riesgo de muerte fetal. La obesidad y el sobrepeso también se asocian con dos causas principales de mortalidad materna: la hipertensión gestacional y la diabetes gestacional. (Swain, D., Begum, J., & Parida, S. P. 2021).

Algunos autores señalan dentro de los factores asociados al riesgo preconcepcional se encuentran: los factores biológicos, antecedentes obstétricos desfavorables, las edades extremas de la vida reproductiva por su inmadurez o envejecimiento, el espacio intergenésico corto por su incidencia en la mortalidad perinatal, la multiparidad y el embarazo no deseado por la morbimortalidad materna y perinatal que somete al binomio madre-hijo. (Jack, B. W., Bickmore, T., Yinusa-Nyahkoon, L. 2020)

Al mismo tiempo que su adverso efecto socioeconómico, la desnutrición y otras complicaciones maternas durante embarazos anteriores, el nivel intelectual y cultural deficiente, las madres solteras, el tabaquismo, así como la presencia de enfermedades crónicas asociadas al embarazo, las cuales actúan nocivamente

sobre el proceso reproductivo. (Robbins, C., Boulet, S. L., Morgan, I., D'Angelo, D. V. 2018)

El objetivo principal de una atención pregestacional es identificar y reducir los riesgos de comportamiento, sociales y biomédicos, mediante la prevención con énfasis en aquellos factores que pueden ser tratados antes de la concepción y como un proceso para la planificación de un embarazo. (Shulman, H. B., D'Angelo, D. V., Harrison, L. 2018)

Dentro de los objetivos del sistema de detección, consiste en detectar tempranamente los factores de riesgo en la etapa reproductiva de la mujer, brindar atención médica preventiva de acuerdo al riesgo calificado, facilitar el funcionamiento del sistema de salud de atención materno infantil por niveles progresivos de acuerdo al riesgo, proporcionando la referencia y contra referencia oportuna y justificada. (Centro de Equidad y Género y Salud Reproductiva, S. de S. 2013)

Con el uso de un sistema codificado integral y sencillo que permite evaluar la operatividad eficacia del sistema de atención, contribuyendo así la disminución de muertes maternas, mejor control de enfermedades metabólicas, evitar complicaciones durante el periodo perinatal y lo más importante garantizando el derecho que tiene la mujer a su salud sexual y reproductiva. (Brenes-Monge, A., Yáñez-Álvarez, I., Menese-León, J. 2020)

El instrumento que valora el nivel de riesgo pregestacional de acuerdo a lo establecido en diferentes trabajos publicados, con respecto a la población mexicana es el Sistema para Detección y Evaluación de Riesgo Perinatal, PREVIGEN I elaborado por el Centro de Investigación Materno Infantil Asociación Hispano Mexicana (CIMIGEN. Está conformado por 40 ítems, cada pregunta cuenta con tres opciones de respuesta, las cuales se valoraron en 3 niveles de

riesgo: bajo (verde), mediano (amarillo) y alto (rojo) (Zetina-Hernández, E., Gerónimo-Carrillo, R., 2018)

La aplicación del instrumento de tamizaje, está orientado a la identificación principalmente de mujeres con antecedentes de padecer patología crónica órgano funcional, sea congénita o adquirida; mujeres con antecedentes de padecer patología crónico infecciosa; mujeres con antecedente de haber padecido patología en embarazos previos, etiquetada como morbilidad materna extrema; mujer con antecedente de factores de riesgo sociales; mujer con antecedentes obstétricos de riesgo, independientes de los antecedentes de morbilidad materna extrema: dos o más cesáreas, dos o más abortos, periodo intergenésico de menos de dos años con antecedente de cesárea anterior, edad mayor de 35 años y menor de 15 años. Que al momento de la clasificación puedan o no ser usuarias de método anticonceptivo. (Brenes-Monge, A., Yáñez-Álvarez, I., Menese-León, J. 2020).

La valoración del riesgo pregestacional se basa en adquirir una historia clínica completa que incluye los antecedentes personales médicos, de estilos de vida y reproductivos de las usuarias, un examen físico completo y pruebas complementarias. Además, se debe obtener información sobre antecedentes familiares-genéticos, exposición a fármacos o drogas, así como la inclusión de variables sociodemográficas para el análisis como la edad, ya que las gestaciones en períodos extremos (mayor de 35 años y menor de 19 años). (Brenes-Monge, A., Yáñez-Álvarez, I., Menese-León, J. 2020)

Una vez realizado el tamizaje y la estatificación de las mujeres, se les brinda un valor representativo de acuerdo a la semaforización que se represente de la siguiente forma: verde sin riesgo pregestacional presente al momento de la valoración, continuar con medidas preventivas y ofertar mejor método de planificación familiar en caso de que sea solicitado, amarillo riesgo moderado, son

aquellas mujeres que tienen alguna de las patologías o antecedentes de clasificación que se encuentra controlado, si es que desean embarazarse, se ingresan a protocolos de manejo de acuerdo con las guías de práctica clínica y se determina la factibilidad de continuar su manejo en este nivel de atención o ser referidas al segundo o tercer nivel de atención y rojo riesgo alto son aquellas mujeres portadoras de alguna patología o antecedentes de la clasificación, que se tiene un alto índice de mortalidad en caso de embarazo estas pacientes serán referidas al segundo o tercer nivel de atención inmediatamente. (Brenes-Monge, A., Yáñez-Álvarez, I., Menese-León, J. 2020)

La valoración de este riesgo pregestacional tiene el fin de brindar una atención integral dentro de la cual se destacan los siguientes puntos importantes: determinación de factores de riesgo, manejo médico de los factores identificados sin el control adecuado, asesoría y consejería en metodología anticonceptiva, integrar grupos de apoyo específicos y establecimiento de redes sociales que permitan el acompañamiento para cumplir con metas terapéuticas. (Chamy, V., Cardemil, F., Betancour, P., Ríos, M., & Leighton, L. 2009).

Con la búsqueda intencionada de mujeres que se encuentren en riesgo con el fin de identificar el riesgo y si la paciente desea embarazo, se derivará al servicio oportuno que facilite el manejo y control y se orientará sobre la utilización de métodos de planificación familiar, en caso de no desear embarazo se derivará al servicio de planificación familiar y a los servicios complementarios correspondientes para control y manejo apegados a guías de práctica clínica y normativa vigente. (Hernández-Nieto, C., Alkon-Meadows, T., Lee, J. 2020).

IV. Hipótesis

Ho: La asociación entre el riesgo pregestacional y el nivel inadecuado de conocimientos de los métodos anticonceptivos es igual o menor que 52% y en mujeres con nivel adecuado de conocimientos de métodos anticonceptivos es igual o menor de 30%

Ha: La asociación entre el riesgo pregestacional y el nivel inadecuado de conocimientos de los métodos anticonceptivos es mayor que 52% y en mujeres con nivel adecuado de conocimientos de métodos anticonceptivos es mayor de 30%

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento de los métodos de anticonceptivos y la valoración del riesgo pregestacional en mujeres adultas.

VI. Material y métodos.

VI.1 Tipo de investigación

Observacional, Transversal y Comparativo

VI.2 Población o unidad de análisis

La población se definió a partir del universo de mujeres de la delegación Querétaro entre los 20 a 44 años de edad, se definió como población a las mujeres en este rango de edad que acudieron a la unidad de medicina familiar no. 8.

VI.3 Muestra y tipo de muestra

El tamaño de muestra se determinó a 59 pacientes por grupo se calculó mediante la fórmula de estudios descriptivos para comparar 2 proporciones con un intervalo de confianza de 95%, margen de error de 0.05%, para una zona de rechazo de la hipótesis nula ($Z\alpha = 1.64$) y un poder del estudio del 80% ($z \beta = 0.84$, asumiendo que en el grupo con riesgo pregestacional alto la prevalencia de conocimiento adecuado era 30% ($p_0=0.30$) y en el grupo con riesgo pregestacional bajo la prevalencia de conocimiento adecuado era 52% ($p_1=0.52$). El tamaño de muestra calculado fue de 59 por grupo ($n=59$).

La técnica muestral fue mediante muestreo no probabilístico por cuota.

La fórmula empleada fue:

$$n = \frac{(p_1q_1 + p_2q_2) (K)}{(p_1 - p_2)^2}$$

Sustituyendo los valores:

$$n = \frac{(0.52 \times 0.48) + (0.30 \times 0.70) \times (6.2)}{(0.52 - 0.30)^2}$$

$$n = \frac{(0.2496 + 0.21) (6.2)}{0.0484}$$

$$n = \frac{2.84952}{0.0484} = \mathbf{58.87}$$

59 pacientes por grupo.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyeron a mujeres de 20 a 44 años que aceptaron participar en el estudio previa firma de consentimiento informado, con 2 grupos, grupo 1 mujeres con nivel adecuado de conocimiento de métodos anticonceptivos y grupo 2 mujeres con nivel inadecuado de conocimiento de métodos anticonceptivos, excluyendo pacientes con métodos de planificación familiar definitivos, eliminando los cuestionarios incompletos.

VI.3.2 Variables estudiadas

Las variables estudiadas incluyeron variables sociodemográficas, conocimiento de métodos de planificación familiar y riesgo pregestacional.

VI.4 Técnicas e instrumentos

Para determinar el nivel de conocimiento se determinó con el uso del cuestionario Sánchez y Meneses, integrado por 11 ítems , que evalúa el nivel de conocimiento de métodos de planificación familiar, evaluadas como correcto (1 punto) o incorrecto (0 puntos) , midiendo el nivel de conocimientos sobre planificación familiar según aciertos (0-1 nulo, 2-4 bajo, 5-7 medio y 8-11 alto) en un segundo momento se integraron las categorías nulo y bajo como conocimiento inadecuado y las categorías medio y alto como conocimiento adecuado. Los dos grupos se definieron para población mexicana con el Sistema para Detección y Evaluación de Riesgo Perinatal, PREVIGEN I elaborado por el Centro de Investigación Materno Infantil Asociación Hispano Mexicana (CIMIGEN), se definió el grupo con riesgo pregestacional alto y el grupo con riesgo pregestacional bajo. (Anexo 1 y 2)

VI.5 Procedimientos

Se acudió en horario matutino y vespertino a la Unidad de Medicina Familiar No. 08 de la Delegación 23 de Querétaro, se seleccionó a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión y se les invito a participar en el protocolo de investigación, haciendo una reseña breve del objetivo y de los beneficios que adquirieron al decidir participar en el mismo. Al localizar al posible participante se le explicará en qué consiste el estudio y se citará, para firmar el consentimiento informado; a cada mujer se le explicará en qué consiste el estudio y sólo se procederá con el consentimiento de ella.

Se abordó a la participante en sala de espera y se llevó a aula de educación, la cual cuenta con todas las facilidades, así como iluminada y ventilada y medidas higiénicas para la participante, se inició con la aplicación de una encuesta auto administrada anónima; éste instrumento constaba de variables sociodemográficas. Para medir el conocimiento se empleó una encuesta basada en la aplicada por ¿Sánchez-Meneses, diseñada con 11 preguntas evaluando como correcto (1 punto) o incorrecto (0 puntos). Midiendo el nivel de conocimiento sobre planificación familiar (CPF) según aciertos como sigue: 0-1 nulo, 2-4 bajo, 5-7 medio, 8-11 alto. Posteriormente se categorizo a las pacientes como con adecuado nivel de conocimientos aquellas que obtuvieron un puntaje medio y alto y con un nivel inadecuado de conocimientos aquellas que obtuvieron un puntaje nulo y bajo.

Por último, se aplicó el instrumento del Sistema para Detección y Evaluación de Riesgo Perinatal, PREVIGEN I elaborado por el Centro de Investigación Materno Infantil Asociación Hispano Mexicana (CIMIGEN. Está conformado por 40 ítems, cada pregunta cuenta con tres opciones de respuesta, las cuales se valoraron en 3 niveles de riesgo: bajo (verde), mediano (amarillo) y alto (rojo)

Los datos se vaciaron en una hoja diseñada para la recolección y una vez contestados los instrumentos se procedió al análisis de los resultados. Se le informo a la paciente de manera inmediata, el resultado del nivel de conocimiento y de su riesgo pregestacional, cuando se detectó alguna alteración se envió a la consulta de medicina familiar, para su manejo y derivación oportuna de requerirlo a servicios como planificación familiar o ginecología.

VI.5.1 Análisis estadístico

El plan de análisis incluyo estadística descriptiva porcentajes, promedios y para el análisis inferencial, Prueba De Chi, razón de momios e intervalos de confianza para razón de momios, prueba de t para grupos independientes.

VI.5.2 Consideraciones éticas

En el presente estudio se contempló la reglamentación ética vigente al someterse a un comité de investigación local en salud, ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación.

Se utilizó solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio. Dentro de la Declaración de Helsinki 2013. Así como a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, siendo aprobado por el comité local de investigación. En todo el desarrollo de la investigación se enfatizó a los participantes su derecho a la privacidad, así como la posibilidad de retirar su participación en cualquier momento.

Se requirió consentimiento informado de los participantes, donde se explicó el objetivo de la investigación que era determinar la asociación entre el nivel de conocimientos de métodos anticonceptivos y el riesgo pregestacional en mujeres adultas de una unidad de medicina familiar (Anexo 3)

El compromiso ético del investigador fue garantizar la intimidad de los participantes plasmando los resultados de la investigación de manera anónima y despersonalizada, codificándolos como folios, almacenando y transmitiendo la información de manera segura.

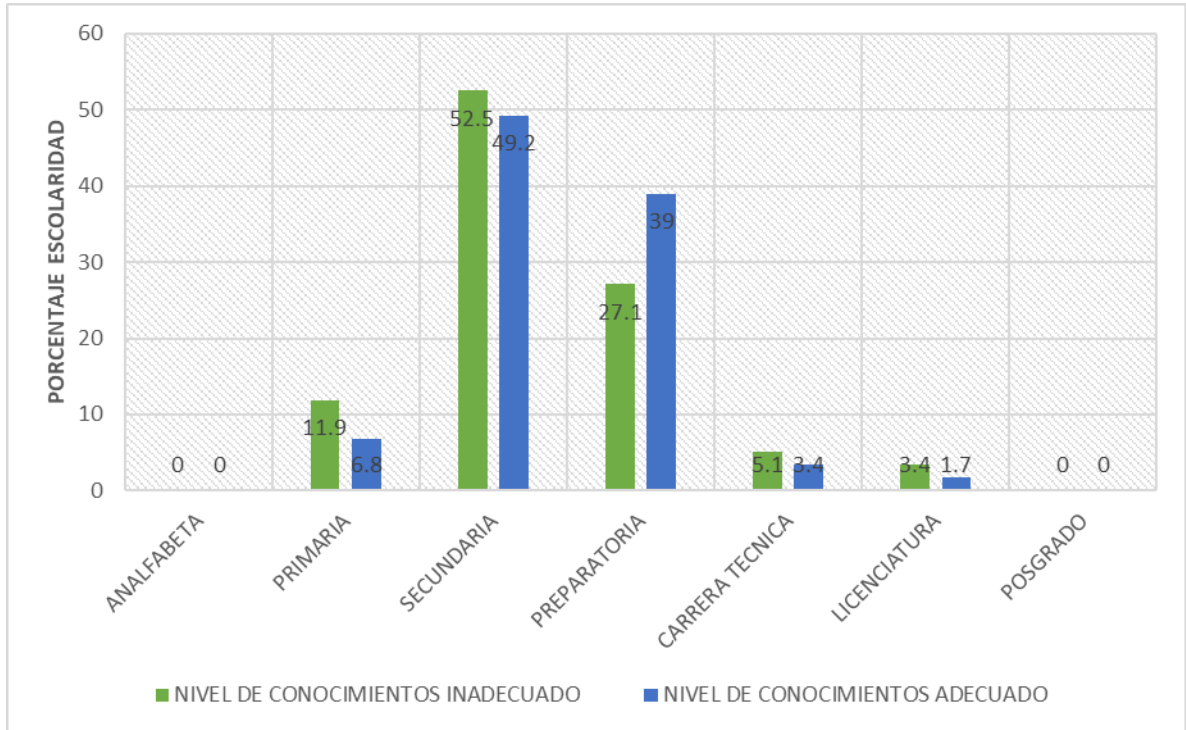
Se acento a los participantes que no había ninguna sanción en caso de obtener un puntaje malo o regular en la tabulación, se explicó que este estudio solo busca mejorar la atención médica en relación a la identificación del riesgo preconcepcional y el conocimiento de métodos de planificación familiar.

En este proyecto se tuvo en cuenta el bienestar de los participantes dentro de la investigación en todo momento, por ningún motivo se deprecio la colaboración de los colaboradores, se hizo énfasis en la metodología del procedimiento con el fin de generar el conocimiento en beneficio de la sociedad.

VII. Resultados

En el grupo de mujeres con un nivel de conocimiento adecuado de métodos anticonceptivos la edad promedio fue de 26.41 años \pm 6.53, mientras que en el grupo con un nivel de conocimientos inadecuado la edad promedio fue de 31.19 años \pm 7.80 estadísticamente sin embargo esta diferencia no resultó significativa ($p=0.2$); con respecto a la escolaridad en ambos grupos predominó el nivel secundaria con un 52.5% en el grupo con conocimiento inadecuado, y un 49.2% el grupo con conocimiento adecuado sin embargo esta diferencia sí fue estadísticamente significativa ($p=0.000$). (Figura VII.1) (Cuadro VII.1)

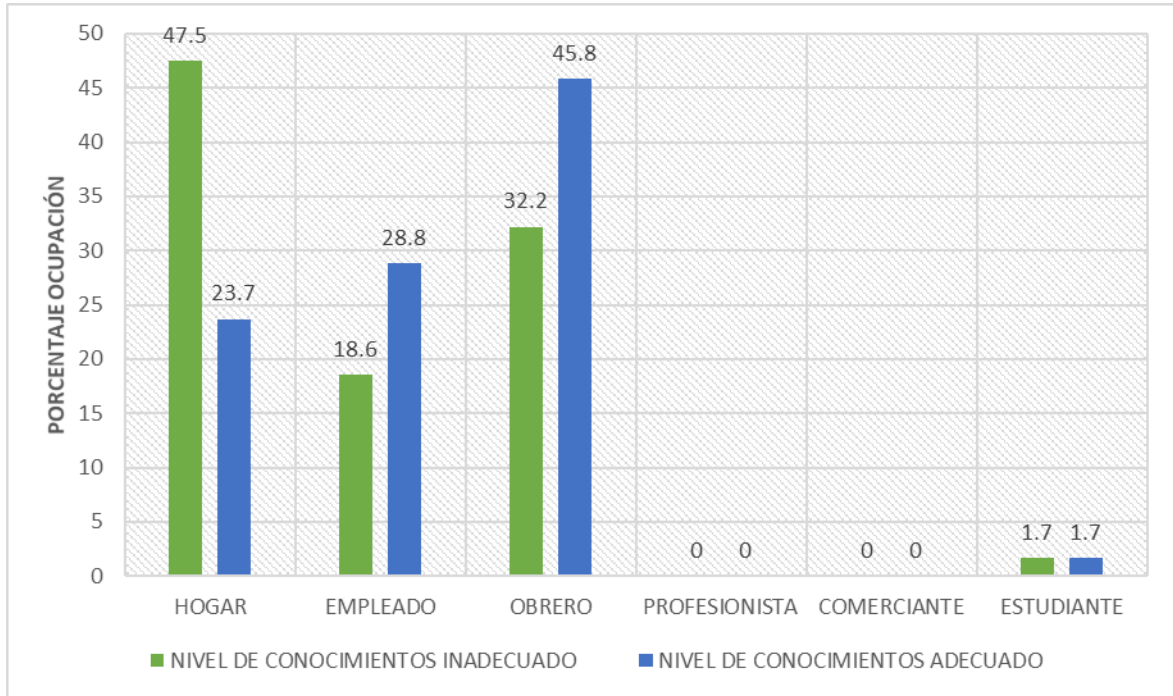
Figura VII.1 Porcentaje por escolaridad en mujeres con un nivel inadecuado y adecuado de conocimientos de métodos anticonceptivos.



Fuente: Elaboración propia a través de programa Excel.

Continuando con las características de la población, la ocupación también mostro una diferencia significativa en ambos grupos, en el grupo con conocimiento inadecuado de métodos anticonceptivos la ocupación predominante fue el hogar con un 47.5%, en comparación con el grupo de conocimientos adecuados donde la ocupación predominante fue obrero con un 45.8 % ($p=0.000$). (Figura VII.2) (Cuadro VII.1).

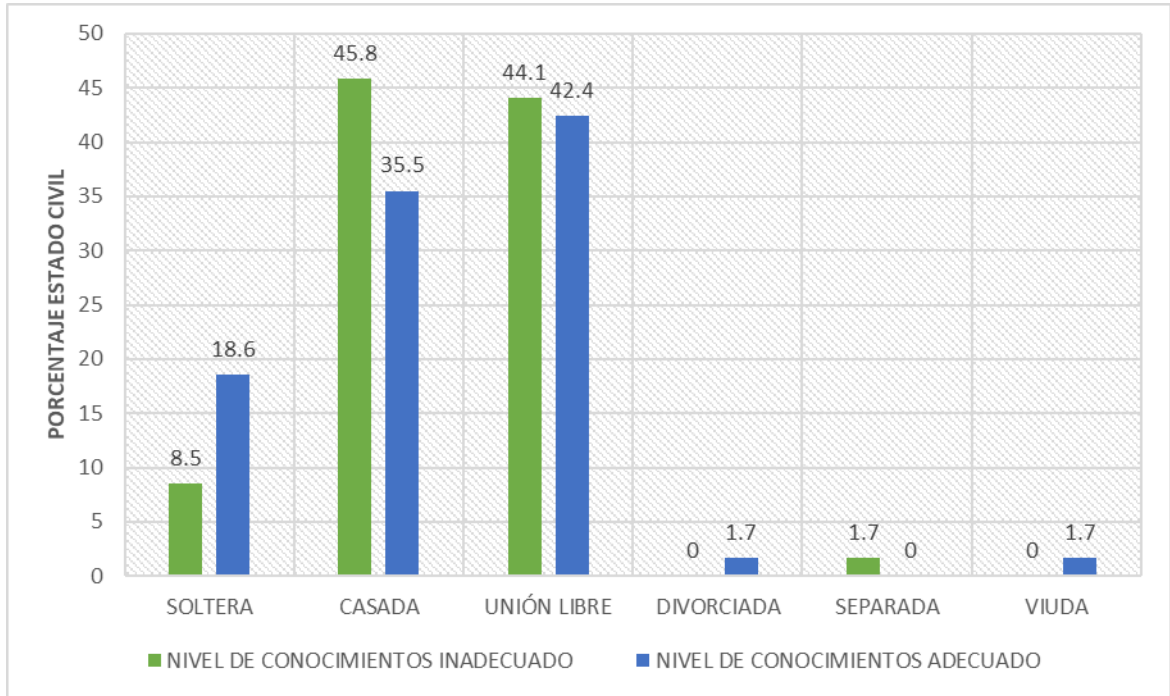
Figura VII.2 Porcentaje por ocupación en mujeres con un nivel inadecuado y adecuado de conocimientos de métodos anticonceptivos.



Fuente: Elaboración propia a través de programa Excel.

En cuanto al estado civil también se encontró diferencias, en el grupo con conocimientos inadecuados de métodos anticonceptivos, el estado civil predominante fue casada con un 45.8%, mientras que el grupo con conocimientos adecuados el estado civil predominante fue unión libre con un 42.4% lo cual también fue una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.000$). (Figura VII.3) (Cuadro VII.1).

Figura VII.3 Porcentaje por estado civil en mujeres con un nivel inadecuado y adecuado de conocimientos de métodos anticonceptivos.



Fuente: Elaboración propia a través de programa Excel.

Cuadro VII.1. Características de la población (n=59 por grupo)

Característica de la Población	Nivel de conocimiento inadecuado de métodos anticonceptivos		Nivel de conocimiento adecuado de métodos anticonceptivos		p
	Promedio	DE±	Promedio	DE ±	
Edad	26.41	6.53	31.19	7.8	0.200
Escolaridad	3.36	0.886	3.44	0.749	0.000
Ocupación	1.92	1.039	2.29	0.948	0.000
Estado Civil	2.41	0.722	2.34	0.921	0.000

Fuente: Instrumento de recolección de datos elaborado por investigador 2023.

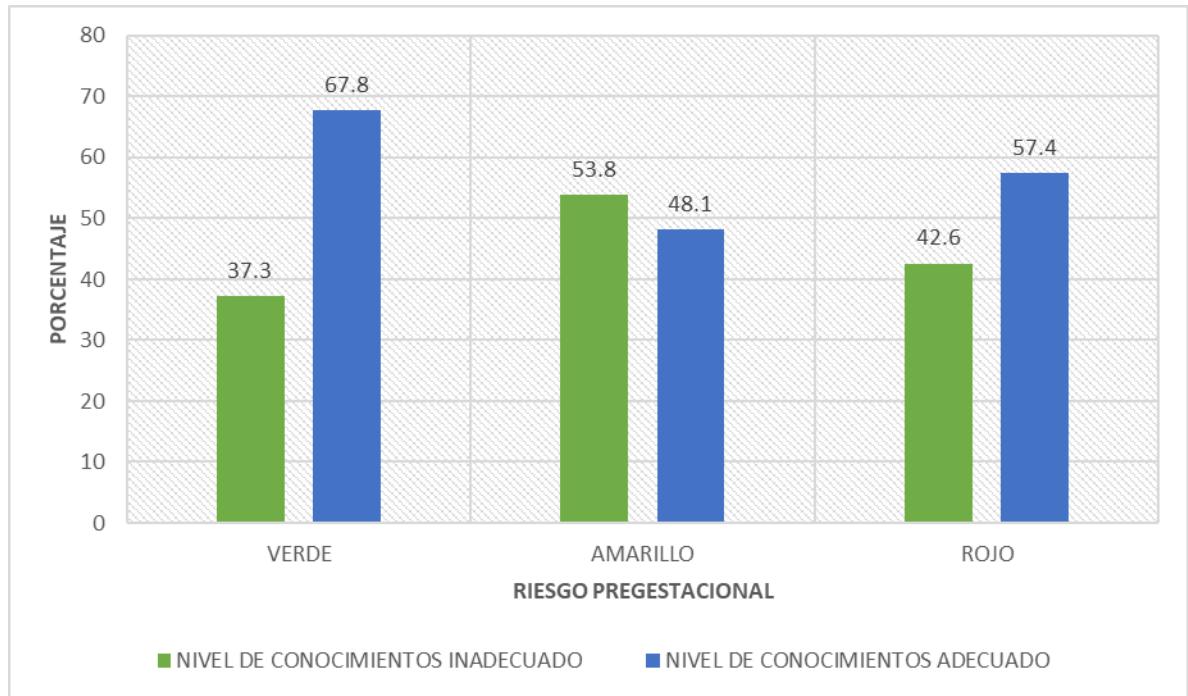
Se demostró que existe una asociación entre un nivel de conocimientos adecuado de métodos anticonceptivos y un riesgo pregestacional bajo (verde), resultado el primero un factor un factor protector con una RM de 0.282 (IC 95%; 0.132-0.604).

El resto de las categorías se muestran en el cuadro VII.2 y en la Figura VII.2.

Cuadro VII.2. Asociación del nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos y el riesgo pregestacional en mujeres adultas

Categoría	Grupos		Chi 2	P	RM	IC 95%	
	Con inadecuado nivel de conocimiento de métodos anti-conceptivos	Con adecuado nivel de conocimiento de métodos anti-conceptivos				Inferior	Superior
Verde	37.3	67.8	11.01	0.001	0.28	0.13	0.60
Amarillo	53.8	0.34	5.26	0.557	1.25	0.58	2.71
Rojo	42.6	15.46	2.12	0.000	0.04	0.00	0.36

Figura VII.2 Porcentaje por riesgo pregestacional en mujeres con nivel de conocimiento adecuado e inadecuado de métodos anticonceptivos.



Fuente: Elaboración propia a través de programa Excel.

VIII. Discusión

Es verdad que la evaluación del riesgo pregestacional es una obligación de los servicios de salud, sin embargo, en el enfoque actual de la atención, el papel activo de la mujer en el proceso de atención y cuidado de la salud es lo esperado, en este caso la mujer en la etapa pregestacional. Bajo este enfoque es obligación de la paciente tener información y conocer los escenarios a los cuales está expuesta desde la perspectiva de riesgo pregestacional, abordaje poco estudiado, este artículo lo aborda y los resultados abonan a la discusión en torno al tema. (Gonzalez Portales et al., 2016)

Desde la perspectiva de la información y los factores involucrados en el riesgo pregestacional existen aspectos no modificables y modificables que lo determinan. En el primer grupo es poco lo que el sistema de salud y la paciente puede incidir, entre ellos la edad se ha descrito y coincide con los datos aquí encontrados, a mayor edad es una realidad que el riesgo será mayor, sin embargo, esto es una información de la cual la paciente debe estar consciente al momento de la elección del método de planificación familiar para disminuir el riesgo pregestacional. Entorno a ello lo que la literatura aconseja en mujeres de mayor edad el uso de métodos de planificación familiar de larga duración y aquellos que cuenten con una cantidad mínima de hormonas. (Pérez-Blanco & Sánchez-Valdivieso, 2020)

En el grupo de los factores modificables se podría incluir la escolaridad de la paciente, aunque es un tema que se abre al debate porque está determinada por la historia educativa de la paciente, sin embargo, siempre es potencialmente susceptible de ser modificada. Al respecto lo que la literatura señala y coincide con lo aquí presentado es la relación de mayor nivel de escolaridad con menor riesgo pregestacional; específicamente pareciera que el punto de corte sería el nivel preparatoria o superior asociado al menor riesgo pregestacional. Este nivel de

escolaridad supone una expectativa más amplia de conocimientos y las opciones existentes, aunado a ello pareciera que el nivel le permite tener un criterio más amplio entorno a la toma de decisiones orientada a la mejor opción. (Sánchez-Meneses et al., 2015)

De igual forma la relación de pareja se ha identificado asociada con el riesgo pregestacional, específicamente cuando se analiza la relación casado versus unión libre parece existir una diferencia importante, contra todo los preceptos sociales la unión libre tiene una mayor asociación con el bajo riesgo pregestacional, evidentemente aquí podría existir una explicación en el contexto social y moral, que tendrán que ser abordados en otro momento, aunque la evolución de la sociedad va en ese sentido. Se describe la condición imperante en este momento, lo cual da pie a un abordaje distinto cuando la relación de pareja esta formalizada legalmente o esta se constituye en relación a la voluntad personal. (UFNA, 2018/2020)

Otro aspecto importante en relación al riesgo pregestacional es el nivel de conocimiento de la mujer entorno a los métodos de planificación familiar, al respecto se sabe que la mujer con mayor información tiene en el panorama toda la gama de oportunidades existentes con beneficios y consecuencias. En este escenario la elección la puede realizar en busca de los mejores resultados, lo cual significa incursionar en el tema de la elección consciente y razonada asumiendo las consecuencias. Los resultados aquí encontrados fortalecen esta relación. (Sánchez-Meneses et al., 2015)

Cuando se analizan en conjunto estos factores, edad, escolaridad e información en torno a los métodos de planificación familiar, el riesgo pregestacional puede estar presente en diferente magnitud. Este análisis en conjunto permite tener un panorama global para cada paciente y con ello identificar la mejor estrategia de abordaje y consejería entorno al cuidado del

riesgo pregestacional y el uso de métodos de planificación familiar. (Zetina-Hernández et al., 2018)

Con la información aquí presentada se tendría que hacer énfasis la importancia de evaluar el riesgo pregestacional como una acción más del sistema de salud que se deben de realizar en el contexto de la medicina preventiva, específicamente de la salud de la mujer en etapa pregestacional. No obstante, lo anterior la ausencia de cultura para la valoración del riesgo pregestacional es un área de oportunidad para el sistema de salud y la propia paciente la ausencia de cultura para la valoración del riesgo pregestacional. (Wilson, 2022)

IX. Conclusiones.

Los factores de riesgo pregestacional en las mujeres adultas en edad reproductiva, son inherentes al ciclo vital por los cuales transcurre. El hecho de encontrarse en esta etapa y ser mujer infiere ya un riesgo para la procreación.

La sumatoria de los factores de riesgo pregestacional condicionan un aumento del mismo, un porcentaje significativo de la población en México son mujeres adultas con una vida sexual activa por lo cual, las mujeres mexicanas se encuentran en mayor riesgo.

Los factores de riesgo psicosociales, biológicos, antecedentes heredofamiliares y patológicos de las mujeres condiciona a la precipitación del mismo, sin embargo existen aquellos factores modificables en los cuales se pueden realizar diferentes acciones para tratar de modificarlos.

El conocimiento en general sobre estilos de vida saludables, proporciona un factor protector frente a cualquier entidad patológica que sea posible modificar mediante intervenciones educativas y fomentadoras de hábitos saludables .

En cuanto al conocimiento de métodos anticonceptivos podemos decir que el conocer de los métodos anticonceptivos, brinda cierto factor protector frente al incremento de riesgo pregestacional. Sin embargo, es importante fomentar la detección oportuna de estos factores de riesgo y brindar el mejor método anticonceptivo en la etapa pregestacional para promover la salud de la mujer.

El conocer de los métodos anticonceptivos, brinda cierto factor protector frente al incremento de riesgo pregestacional.

La oportunidad de valorar el riesgo pregestacional permite a las mujeres una conciencia sobre su estado de salud y la mejor toma de decisiones en caso de decidir un embarazo.

Por tanto, concluimos. Que fortalecer todas las acciones de salud de carácter preventivos nos permitirá ayudar a las mujeres a enfrentar la maternidad en mejores condiciones.

IX. Propuestas

El impacto y trascendencia del presente estudio radica en la consideración de contexto de la salud de la mujer adulta, los cuales están relacionados con el incremento o no del riesgo pregestacional y sin duda la implicación en la familia como unidad.

El contexto psicosocial en el cual la mujer en edad adulta se encuentra puede generar una predisposición a la elección o no sobre los métodos anticonceptivos.

La propuesta está encaminada a que todos los médicos en contacto con mujeres adultas deberían considerar la valoración del riesgo pregestacional, las características de las mujeres, con el fin de orientar y aconsejar en caso deseado el mejor método anticonceptivo para ellas.

Surge como propuesta para establecer una línea de investigación encaminada a la valoración de riesgo pregestacional en esta etapa de la vida con el fin de fortalecer estrategias encaminadas a la disminución del riesgo y futuras complicaciones.

La transición epidemiológica en la cual las enfermedades crónicas degenerativas juegan un papel importante en la salud de las mujeres en edad adulta desearían llevar un embarazo en las mejores condiciones posibles. Por lo cual la estratificación del riesgo y el conocimiento de métodos son un papel protector para ellas.

X. Bibliografía

- Adelaida, S. (2017, September 5). *La transición epidemiológica*. Insituto de Salud Global Barcelona ; ISGB. sglobal.org/healthisglobal/
- Aguayo Ortega, ESS. A. J. (2022). Conocimiento en el uso de métodos anticonceptivos en universitarios: estudio comparativo. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(1), 553–577.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i3.2245
- Alo, O. D., Daini, B. O., Omisile, O. K., Ubah, E. J., Adelusi, O. E., & Idoko-Asuelimhen, O. (2020). Factors influencing the use of modern contraceptive in Nigeria: a multilevel logistic analysis using linked data from performance monitoring and accountability 2020. *BMC Women's Health*, 20(1).
<https://doi.org/10.1186/s12905-020-01059-6>
- Aremis , V., Leticia , S. L., Elvia , D. la V. S., Maria Osidra , H. S., Celia , H., & Laguna , A. (2020). Salud Reproductiva . In *ENSANUT Encuesta Nacional de Salud y Nutricion* (pp. 110–136). Instituto Nacional de Salud Publica .
- Arrate Negret, M. M., & Manuel de Jesus , L. (2017). Caracterización epidemiológica de mujeres con riesgo preconcepcional . *MEDISAN*, 21(2), 150–154. 150.
- Boletin CONAMED , observatorio N. de M. M. (2019, July 25). *Corrigiendo la mala clasificacion de la muerte materna en México entre 2002-2017* . CONAMED; Centro Colaborador en materia de Calidaad de la Atención Médica y Seguridad del Paciente . www.gob.mx/conamed
- Brenes-Monge, A., Yáñez-Álvarez, I., Menese-León, J., Poblano Verástegui, O.,

- Vertiz-Ramírez, J. de J., & Saturno-Hernández, P. J. (2020). Aproximación a la calidad de la atención durante el embarazo, parto y posparto en mujeres con factores de riesgo obstétrico en México. *Salud Pública de México*, 62(6, Nov-Dic), 798–809. <https://doi.org/10.21149/11974>
- Briones Garduño J. C., & Díaz de León Ponce M. (2016). *Mortalidad materna*. Editorial Alfil, S.A. de C.V.
- Centro de Equidad y Género y Salud Reproductiva, S. de S. (2013). Atención Pregestacional, línea de trabajo técnico. *Atención Pregestacional*, 3(1), 54–57.
- Cerón Martínez, A. U. (2017). Cuatro niveles de conocimiento en relación a la ciencia. Una propuesta taxonómica. *CIENCIA Ergo Sum*, 24(1), 83–90. <https://doi.org/10.30878/ces.v24n1a9>
- Chamy, V., Cardemil, F., Betancour, P., Ríos, M., & Leighton, L. (2009). *Trabajos Originales RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL EN EMBARAZADAS MAYORES DE 35 AÑOS*. <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v74n6/art03.pdf>
- Claringbold, L., Sancil, L., & Temple-Smith, M. (2019). Factors influencing young women's contraceptive choices. *Australian Journal of General Practice*, 48(6), 389–394. <https://doi.org/10.31128/ajgp-09-18-4710>
- Department of Reproductive Health and Research, W. H. O. (2018). *Family Planning: A Global Handbook for Providers* [Review of *Family Planning: A Global Handbook for Providers*, by J. H. B. S. of P. H. Center for Communication Programs]. 1–15, 320. 380. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf?sequence=1>

- Diario Oficial de la Federación, D. (2004, April 21). *Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar*. Dof.gob.mx.
https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=676842&fecha=21/01/2004#gs
c.tab=0
- García Hermida, M. I., & Lucero Arcos, G. P. (2019). Riesgo preconcepcional y embarazo en la adolescencia desde un enfoque epidemiológico y preventivo. *REVISTA EUGENIO ESPEJO*, 13(1), 88–102.
<https://doi.org/10.37135/ee.004.06.07>
- Gonzalez Luna, E. (2004). El concepto de sentido común en la epistemología de JKarl Popper Signos Filosóficos,. *Signos Filosóficos*, 1(11), 131–144.
Redalyc. <https://www.redalyc.org/pdf/343/34309909.pdf>
- Gonzalez Portales, A., Rodriguez Cabrera, A., & Jimenez, M. (2016). El riesgo preconcepcional y su vinculo con la slaud materna . *Revista Cunbana de Medicina General Integral.*, 32(3), 1–15.
- Hernadez Fernandez , L. (2018). Epistemología de las ciencias sociales:Tesis de Racionalismo Critico . In *Dirección de Servicios de Información y Bibliotecas (SISIB) Universidad de Chile*. (2018th ed., Vol. 1, pp. 51–62). 2018.
<https://libros.uchile.cl/files/presses/1/monographs/269/submission/proof/161/>
- Hernandez-Nieto, C., Alkon-Meadows, T., Lee, J., Cacchione, T., Iyune-Cojab, E., Garza-Galvan, M., Luna-Rojas, M., Copperman, A. B., & Sandler, B. (2020). Expanded carrier screening for preconception reproductive risk assessment: Prevalence of carrier status in a Mexican population. *Prenatal Diagnosis*,

40(5), 635–643. <https://doi.org/10.1002/pd.5656>

IMSS. (2016). *Planificación familiar*. [Www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx).

<http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar>

Jack, B. W., Bickmore, T., Yinusa-Nyahkoon, L., Reichert, M., Julce, C., Sidduri, N., Martin-Howard, J., Zhang, Z., Woodhams, E., Fernandez, J., Loafman, M., & Cabral, H. J. (2020). Improving the health of young African American women in the preconception period using health information technology: a randomised controlled trial. *The Lancet Digital Health*, 2(9), e475–e485.

[https://doi.org/10.1016/s2589-7500\(20\)30189-8](https://doi.org/10.1016/s2589-7500(20)30189-8)

Jain, A., Ismail, H., Tobey, E., & Erulkar, A. (2018). Stigma as a barrier to family planning use among married youth in Ethiopia. *Journal of Biosocial Science*, 51(4), 505–519. <https://doi.org/10.1017/s0021932018000305>

JP, S. (2013, December). Obstetric Transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *International Journal of Obstetric and Gynecology*, 6–12. BJOG.

Levey, S., & Orozco, V. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019. RESULTADOS NACIONALES* (R. Martínez, Ed.; pp. 119–125).

Luna, M., Muños, J. A., & Freyermuth, G. (2018). Indicadores 2016 Mortalidad materna en México. *Observatorio de La Mortalidad Materna En México*, 1(1), 5–95.

Luz Alejandra, C. C. (2018). Rechazo de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil. *Salud En Tabasco*, 1(24), 7–15.

<http://salud.tabasco.gob.mx/content/revista>.

- Maitanmi, J. O., Tanimowo, M. F., Maitanmi, B. T., Okondu, O. E., Olubiya, S. K., Tola, Y. O., Akinokun, R. T., & Akingbade, O. (2021). Factors Influencing Choice of Contraceptives among Women of Reproductive Age Attending Lagos State University Teaching Hospital, Nigeria. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*, 18(2), 8–10.
<https://nmj.goums.ac.ir/article-1-1308-en.html>
- Miguel, G. (2013). LA PLANIFICACIÓLA PLANIFICACIÓN FAMILIAR COMO HERRAMIENTA BÁSICA PARA EL DESARROLLO. *Revista Peru Med Exp Salud PPublica*, 30(3), 465–470. Salud Publica .
- Moran, M. (2015). *Salud - Desarrollo Sostenible*. Desarrollo Sostenible.
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Münc GalindoL., & Lugo Nieto, E. (2015). *Estructuras organizacionales y gestión del conocimiento* (1st ed., Vol. 2018). Ciudad de México.
- Naciones, U. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe Objetivos, metas e indicadores mundiales*.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
- Oakley, L. P., Harvey, S. M., & López-Cevallos, D. F. (2018). Racial and Ethnic Discrimination, Medical Mistrust, and Satisfaction with Birth Control Services among Young Adult Latinas. *Women’s Health Issues : Official Publication of the Jacobs Institute of Women’s Health*, 28(4), 313–320.
<https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.03.007>

- OMS, O. M. de la S. (2017, February 1). *Salud sexual*. Wwww.who.int.
https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
- OPS, O. P. de S. (2016, June 16). *Causas Obstétricas Directas de Mortalidad Materna*. Foro Iberoamericano de Discusiones Sobre La Familia de Clasificaciones Internacionales de La OMS “Dr. Roberto A. Becker”; FCI-OMS. <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/>
- Organizacion Mundial de la Salud , & Departamento de Salud Reproductiva e Investigacion Conexas . (2018). *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos* (3rd ed., Vol. 1). (Original work published 2013)
- Organizacion Mundial Salud. (2012). *Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM* (1st ed., Vol. 1, p. 9). OMS . (Original work published 2012)
- 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. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262020000500508>
- Raghuraman, N., & Tuuli, M. G. (2021). Preconception Care as an Opportunity to Optimize Pregnancy Outcomes. *JAMA*, 326(1), 79.
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.27244>
- Ramos Zapata, R. E. (2022). Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en mujeres de edad fértil, Puesto de salud Santa Ana, Chimbote 2018. *Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote*, 1(07), 1–6.

<https://hdl.handle.net/20.500.13032/28103>

Robbins, C., Boulet, S. L., Morgan, I., D'Angelo, D. V., Zapata, L. B., Morrow, B., Sharma, A., & Kroelinger, C. D. (2018). Disparities in Preconception Health Indicators — Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2013–2015, and Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 2013–2014. *MMWR. Surveillance Summaries*, 67(1), 1–16.

<https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6701a1>

Rosas, F. R., & Marín, A. M. (2006). Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. *Cinta de Moebio*, 25, 0.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10102508>

Salud Materna , O. M. de lad. (2019). *Mortalidad materna*. [Www.who.int](http://www.who.int).

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/>

Sánchez Ruiz, J. C., González López, E., Aparicio Tijeras , C., & Ezquerra Gadea, J. (2013). Consulta Preconcepcional en Atención Primaria. *SEMERGEN*, 213(2), 36–41. 13.

Sánchez-Meneses , M. C., 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.

[https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30044-X](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30044-X)

Shulman, H. B., D'Angelo, D. V., Harrison, L., Smith, R. A., & Warner, L. (2018).

The Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS): Overview of

Design and Methodology. *American Journal of Public Health*, 108(10), 1305–1313. <https://doi.org/10.2105/ajph.2018.304563>

Swain, D., Begum, J., & Parida, S. P. (2021). Effect of Preconception Care Intervention on Maternal Nutritional Status and Birth Outcome in a Low-Resource Setting: Proposal for a Nonrandomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 10(8), e28148. <https://doi.org/10.2196/28148>

UFNA, F. de P. de las N. U. (2020). *Taller de capacitación Planificación familiar y anticoncepción en México. Prescripción de métodos anticonceptivos Manual de facilitación* (Fondo de Población de las Naciones Unidas, Vol. 1). UFNA. (Original work published 2018)

Vladimira, K., Marck C, W., & Aisha , D. (2020, February 18). Estimating progress towards meeting women’s contraceptive needs in 185 countries: A Bayesian hierarchical modelling study. *Plos Medecine* , 1. [Journal.pmed.1003026. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003026](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003026)

Wally, M. K., Huber, L. R. B., Issel, L. M., & Thompson, M. E. (2017). The Association Between Preconception Care Receipt and the Timeliness and Adequacy of Prenatal Care: An Examination of Multistate Data from Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) 2009–2011. *Maternal and Child Health Journal*, 22(1), 41–50. <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2352-6>

Wilson, R. D. (2022). Every mother and every fetus matters: A positive pregnancy test = multiple offerings of reproductive risk screening for personal, family, and specific obstetrical-fetal conditions. *International Journal of Gynecology*

& *Obstetrics*, 159(1), 65–78. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14074>

Zetina-Hernández, E., Gerónimo-Carrillo, R., Herrera-Castillo, Y., De Los Santos-Córdova, L., & Mirón-Hernández, G. (2018). *Factores de riesgo reproductivo preconcepcional en mujeres en edad fértil de una comunidad de Tabasco*. <https://salud.qroo.gob.mx/revista/images/revista40/1.%20FACTORES%20D%20RIESGO%20REPRODUCTIVO%20PRECONCEPCIONAL.pdf>

XI. Anexos

X1.1 Hoja de recolección de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL
UNIDAD DE MEDICINA
RESIDENCIA MEDICA



SEGURO SOCIAL
FAMILIAR NO. 8

ESPECIALIDAD MEDICINA FAMILIAR

ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y RIESGO PREGESTACIONAL EN MUJERES ADULTAS.

Folio: _____ Fecha: _____ NSS: _____

Características Sociodemográficas	
1. Edad _____ años	
2. Escolaridad (1) Analfabeta (2) Primaria (3) Secundaria (4) Preparatoria (5) Carrera Técnica (6) Licenciatura (7) Posgrados o más	3. Ocupación (1) Hogar (2) Empleado (3) Obrero (4) Profesionista (5) Comerciante (6) Estudiante
4. Estado Civil (1) Soltera (2) Casada (3) Unión libre	(4) Divorciada (5) Separada (6) Viuda
Nivel de conocimientos de Métodos anticonceptivos	
5. (1) Nulo (2) Bajo (3) Medio (4) Alto	
Riesgo pregestacional	
6. (1) Verde (2) Amarillo (3) Rojo	

XI. 2 Instrumentos

XI.2.1 Instrumentos de medición para valoración de conocimiento de métodos anticonceptivos

Instrumento 1.

Esta entrevista forma parte de un estudio para evaluar el conocimiento y uso correcto de métodos anticonceptivos. Esperamos que la entrevista dure aproximadamente 10 minutos. No tiene que dar su nombre, solo poner sus iniciales. La información recolectada a través de esta entrevista no será incluida en su historia clínica. Toda la información recopilada será mantenida de manera confidencial.

Muchas gracias por su tiempo y contribución.

Datos de identificación:

Nombre: (Coloque solo iniciales)

Generalidades

1. ¿Cómo considera su conocimiento sobre métodos anticonceptivos?

Muy malo	
Malo	
Regular	
Bueno	
Muy bueno	

2. En la relación sexual. ¿El mismo condón se puede utilizar más de una vez?

Si	No	No se
----	----	-------

3. En caso de tener relaciones sexuales sin protección ¿Cuándo debe tomarse la pastilla de emergencia para ser efectiva?

En cualquier momento	
Antes de 72 hrs y son más eficaces antes de las 24 hrs	
No se	

4. ¿Solo se debe usar el parche anticonceptivo al tener relaciones sexuales?

Si	No	No se
----	----	-------

5. ¿Cómo se tienen que tomar los métodos anticonceptivos orales (pastillas)?

Se toman dos tabletas cada 3 días por 21 días con 7 días de descanso sin medicación	
Se toma una tableta cada semana, seguidos de una semana de descanso sin medicación	
Se toma una tableta diaria durante 21 días consecutivos, seguidos de 7	

días de descanso sin medicación	
No se	

6. ¿Dónde se coloca el implante subdermico?

Brazo		Muslo	
Cavidad Uterina		No se	

7. ¿Por cuánto tiempo funciona el DIU (Dispositivo intrauterino)?

Un periodo de 3 a 7 años		1 año	
De por vida		No se	

8. ¿Dónde se coloca el DIU (Dispositivo intrauterino)?

Brazo		Muslo	
Cavidad Uterina		No se	

9. ¿Dónde y cada cuánto se aplican los hormonales inyectables?

Se aplican dependiendo del hormonal inyectable, puede ser cada mes, cada dos meses o cada 3 meses y se aplican en la región glútea (nalga)	
Se aplican cada 6 meses en cualquier parte de cuerpo	
Se aplican cada año en el brazo	
No se	

10. La vasectomía es un método anticonceptivo

De por vida (permanente) para la mujer y el hombre	
De por vida (permanente) para el hombre	
De por vida (permanente) para la mujer	
No se	

11. La OTB o salpingoclasia es un método anticonceptivo

De por vida (permanente) para la mujer y el hombre	
De por vida (permanente) para el hombre	
De por vida (permanente) para la mujer	
No se	

XI.2.2 Instrumentos de medición para valoración de riesgo pregestacional

PREVIGen I

01. Nivel socioeconómico	● Medio y alto	● Bajo	● Muy bajo
02. Escolaridad (años aprobados)	● 6 y más	● 1 a 5	● Cero
03. Edad (años)	● 20-30	● 15-19	● 14 y menos
04. Edad (años)		● 31-35	● 36 y más
05. Estatura cms.	● 150 y más	● 145-149	● 144 y menos
06. Estado civil	● Casada	● Soltera	● Sin cónyuge
07. Estado civil	● Unión libre	● Viuda	
08. Paridad	● 1 a 3	● Nulipara	
09. Paridad		● 4 y más	
10. Partos Anteriores	● Normal	● Difícil	● Traumático
11. Intervalo intergenésico	● 1 a 2 años	● Menos de 1 año	
12. Abortos	● No	● 1 a 2	● Más
13. Nacido Muerto	● No	● 1 a 2	● Más
14. Hijos con peso bajo	● No	● 1 a 2	● Más
15. Hijos con malformaciones	● No	● 1 a 2	● Más
16. Hijos prematuros	● No	● 1 a 2	● Más
17. Muertes Neonatales	● No	● 1 a 2	● Más
18. Diabetes	● No	● Controlada	● Activa
19. Hipertensión	● No	● Controlada	● Activa
20. Epilepsia	● No	● Controlada	● Activa
21. Cardiopatía	● No	● Controlada	● Activa
22. Enfermedades del Tiroides	● No	● Controlada	● Activa
23. Enfermedades renales	● No	● Controlada	● Activa
24. Consanguinidad	● No	● Sí	
25. Retraso Mental	● No	● Sí	
26. Exposición de Radiaciones	● No	● Sí	
27. Carga de Trabajo	● Normal	● Excesivo	● Exagerado
28. Exposición a Tóxicos	● No	● Sí	
29. Desnutrición	● No	● Moderada I	● Grave II
30. Anemia Hb. en gramos	● 11 y más	● 8 a 10.9	● Menos de 8
31. Alcoholismo	● No	● Sí	
32. Tabaquismo	● No	● Sí	
33. Otras farmacodependencias	● No	● Tuvo	● Actual
34. Toxoplasmosis	● No	● Tuvo	● Actual
35. Rubéola	● Tuvo		● Actual
36. Citomegalovirus	● No		● Sí
37. Herpes	● No		● Sí
38. Sífilis	● No	● Tuvo	● Actual
39. S.I.D.A.	● No	● Sospecha	● Sí
40. Otros especifique _____			● _____

● Riesgo Bajo

● Riesgo Medio

● Riesgo Alto

EVALUACIÓN DE RIESGO REPRODUCTIVO A MUJERES EN EDAD FÉRTIL NO EMBARAZADAS

XI.3 Carta de consentimiento informado.



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y EL RIESGO PREGESTACIONAL EN MUJERES ADULTAS
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, UMF. 08. Delegación, Querétaro, Febrero 2023
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la Asociación entre el nivel de conocimientos de métodos anticonceptivos y el riesgo pregestacional en mujeres adultas. Conocer la existencia de asociación entre el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos y la valoración del riesgo pregestacional, ya que estas dos estrategias son preventivas y pueden incidir en la población femenina de manera oportuna y con un bajo costo. Al ser usted participe de esta investigación podrá conocer su riesgo pregestacional y los diferentes métodos anticonceptivos.
Procedimientos:	Se le invita a usted participar en el llenado de cuestionarios en los cuales se tomará datos generales y posterior se le aplicarán los instrumentos PREVIGEN I para conocer el riesgo pregestacional y otro el cual nos permite conocer su nivel de conocimientos de métodos anticonceptivos. Los instrumentos serán recolectados por la residente Ariana Nataly Suárez Godínez
Posibles riesgos y molestias:	Pérdida de tiempo sentida. Los riesgos potenciales y molestias que implican su participación en este estudio son mínimos. Usted podrá sentir alguna incomodidad al realizar los cuestionarios en caso de sentirse así, tiene la plena libertad de negarse a seguir participando en cualquier momento, o suspender el llenado y retirarse, la decisión de participar o no participar no afectara de ninguna manera la forma en cómo se relaciona a usted con los servicios de salud. La participación es voluntaria, se realizará dentro del horario de atención. No habrá molestia solicitando tiempo extra, no se tocan temas externos al que propicia este estudio en ningún momento se expondrá a los participantes o se atentara en contra de sus principios o bienestar.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, usted podrá apreciar el otro lado de la relación investigador- participante, además estará colaborando con nuestra institución para generar estadística basada en el trabajo colaborativo. Además, conocer su riesgo pregestacional, y conocer el su nivel de información sobre métodos anticonceptivos.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le informará a usted de forma inmediata el resultado la entrevista para conocer el nivel de conocimientos de métodos anticonceptivos y riesgo pregestacional
Participación o retiro:	Usted cuenta con la libertad de retirar su consentimiento informado en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, no habrá prejuicios en caso de suspender su participación. Se ofrece la oportunidad de hacer preguntas y desprenderse en el instante que lo crea prudente.
Privacidad y confidencialidad:	Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por los integrantes del estudio de investigación y para los fines establecidos en el mismo. Su información quedará encriptada o identificada con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá usted ser identificado. Usted como participante cuenta con la seguridad de que no se identificará su personalidad y se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. Se le garantiza por medio de este escrito que usted como participante que sus datos no podrán ser vistos o utilizados por otras personas ajenas al estudio, ni tampoco para propósitos diferentes a los que establece el documento que firma.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

| No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
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:

Informar sobre los resultados obtenidos y se derivara en caso de ser necesario con su médico familiar

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

Med. Esp. Manuel Enrique Herrera Ávalos
Especialista en Medicina Familiar
Unidad de adscripción UMF 8
Matricula 99175412
Director de Tesis
Celular 4423326428
Correo electrónico. manuel.herreraav@imss.gob.mx

Med. Esp. María Isabel Jiménez Reyes
Especialista en Medicina Familiar
Unidad de adscripción UMF 8
Matricula 99237608
Celular 4423218719

Correo electrónico. isabella_272@hotmail.com

Med. Gral. Ariana Nataly Suarez Godínez
Médico Residente Especialista en Medicina Familiar
Unidad de adscripción UMF 8
Matricula: 98233817
Celular 44 27 47 03 50
Correo electrónico. doc.nat.sur@gmail.com

Colaboradores:

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, ubicado en avenida 5 de febrero 102, colonia centro, CP 76000, Querétaro, de lunes a viernes de 08 a 16hrs, al teléfono de 4422112337 en el mismo horario o al correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1qrogmail.com.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1: _____

Testigo 2: _____

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

Clave: 2810-009-013