

División Académica de Ciencias de la Salud



“Planificación familiar en los adolescentes y su relación con el conocimiento de los métodos anticonceptivos, en primer nivel de atención”

Tesis que para obtener el Grado de Especialidad en Medicina Familiar.

Presenta:

Brenda Paola López García.

Director:

Dr. José Manuel Wood Notario

Dr. Ricardo González Anoya.

Villahermosa, Tabasco.

Diciembre 2020



ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Brenda Paola López García
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dra. Isela Esther Juárez Rojop, Dra. Rita Rivera García, Dr. Abel Pérez Pavón, Dra. Rosario Zapata Vázquez y la Dra. Jorda Aleiria Albarrán Melzer impresión de la tesis titulada: "**Planificación familiar en los adolescentes y su relación con el conocimiento de los métodos anticonceptivos, en primer nivel de atención**", para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Medicina Familiar, donde fungen como Directores de Tesis el Dr. José Manuel Wood Notario y el Dr. Ricardo González Anoya.

Atentamente

Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

- C.c.p.- Dr. José Manuel Wood Notario.- Director de Tesis
- C.c.p.- Dr. Ricardo González Anoya.- Director de Tesis
- C.c.p.- Dra. Isela Esther Juárez Rojop.- sinodal
- C.c.p.- Dra. Rita Rivera García.- Sinodal
- C.c.p.- Dr. Abel Pérez Pavón.- Sinodal
- C.c.p.- Dra. Rosario Zapata Vazquez.- Sinodal
- C.c.p.- Dra. Jorda Aleira Albarran Melzer.- Sinodal

C.c.p.- Archivo
DC'MCML/MCE'XME/lkrd*



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 09:00 horas del día 26 del mes de enero de 2021 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Planificación familiar en los adolescentes y su relación con el conocimiento de los métodos anticonceptivos, en primer nivel de atención"

Presentada por el alumno (a):

López García Brenda Paola

Apellido Paterno

Materno

Nombre (s)

Con Matricula

1	8	1	E	5	0	0	1	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialista en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dr. José Manuel Wood Notario

Dr. Ricardo González Anoya

Directores de Tesis

Dr. Isela Esther Juárez Rojop

Dr. Rita Rivera García

Dr. Abel Pérez Pavón

Dr. Rosario Zapata Vázquez

Dr. Jorda Aleiría Albarrán Melzer



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 18 del mes de Enero del año 2021, el que suscribe, **Brenda Paola López García**, alumna del programa de la **Especialidad en Medicina Familiar**, con número de matrícula 181E50010 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Planificación familiar en los adolescentes y su relación con el conocimiento de los métodos anticonceptivos, en primer nivel de atención"**, bajo la Dirección del Dr. José Manuel Wood Notario y el Dr. Ricardo González Anoya, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: paolalopez13mx@yahoo.com.mx Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Brenda P. López G.
Brenda Paola López García.

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello

DEDICATORIAS

A Dios por permitirme lograr otra meta más, a mis Padres y Hermanos por su apoyo incondicional, a mis maestros que con sus conocimientos y experiencias me guiaron en mi crecimiento profesional y sobre todo a mi hija Fátima.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por permitirme disfrutar cada día de la vida, de las satisfacciones e imperfecciones que conllevan el lograr una parte en mi realización profesional.

Gracias a mi hija Fátima por aguantarme estos tres años de ausencia y/o con el carente tiempo de dedicación en su vida y su desarrollo, de los cuales son los más importantes en sus primeros 4 años de vida.

Gracias a mis padres la Dra. Imelda García Farfán y el Ing. José Luis López Chávez por su apoyo en estos años difíciles de ausencia, principalmente a mi mamá la Dra. Imelda por llevar a cabo el papel más importante de madre y abuela y cumplir el rol de cuidador y madre con mi hija Fátima.

Gracias al Dr. José Wood por su apoyo con su tiempo, dedicación, paciencia y orientación en la realización de este trabajo, durante las revisiones desde protocolo hasta verlo culminar en tesis.

Gracias a mis profesores médicos durante los 3 años de esta bonita experiencia, al otorgarme su tiempo y dedicación en la enseñanza acorde a su ramo de especialidad, al Dr. Pereyra Neonatólogo-Pediatra Intensivista, al Dr. Montes Camacho en la Clínica de VIH, al Dr. Guadalupe Endocrinólogo, Dr. Martínez Pediatra, Dr. Mendoza Pediatra, Dra. Joselyn González Ginecóloga, Dr. Carlos Álvarez Bocanegra Médico familiar, Dr. Manuel Torres Ocaña Oftalmólogo, y todos mis profesores.

ÍNDICE

DEDICATORIAS	II
AGRADECIMIENTOS	III
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	VI
ABREVIATURAS	VII
GLOSARIO	VIII
RESUMEN	XI
ABSTRACT	XIII
1. INTRODUCCION	14
2. MARCO TEÓRICO	15
2.1 Planificación Familiar.....	15
2.2 Conocimiento.....	16
2.3 Adolescente.....	16
2.4 Métodos anticonceptivos.....	18
2.5 Clasificación.....	19
2.6 Métodos Anticonceptivos Definitivos.....	32
2.7 Estudios relacionados.....	33
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	36
4. JUSTIFICACIÓN	38
5. HIPOTESIS	40
5.1 Hipotesis nula:.....	40
5.2 Hipotesis alterna:.....	40
6. OBJETIVOS	40
6.1 Objetivo general.....	40
6.2 Objetivos específicos:.....	40
7. MATERIAL Y MÉTODOS	41
7.1 Tipo de investigación:.....	41
7.2 5.2 Universo.....	41
7.3 Tamaño De La Muestra:.....	41
7.4 Criterios de selección:.....	42
Edad, nivel de instrucción de la paciente, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico	43
7.5 Método e instrumento de recolección de datos.....	43
7.6 Instrumentos para la recolección de la información.....	43
7.7 Consideraciones Éticas.....	45
8. RESULTADOS	47
8.1 Análisis Univariado.....	47

8.2	Análisis Bivariado	50
8.3	Métodos Anticonceptivos	53
9.	DISCUSIÓN	57
10.	CONCLUSIONES	58
11.	RECOMENDACIONES.....	59
12.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	61
13.	ANEXOS.....	64
13.1	Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES O REPRESENTANTES LEGALES DE NIÑOS O PERSONAS CON DISCAPACIDAD.	64
13.2	Anexo 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MENORES DE EDAD (8 A 17 AÑOS).....	65
13.1	Anexo 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADULTOS.	66
13.2	Anexo 4. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	67
13.3	ANEXO 5 VARIABLES.....	71
13.4	Anexo 6. Imagen 1. Clasificación De Los Métodos Anticonceptivos.....	73

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
 México.

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.

Tablas		
Número	Nombre	Página
Análisis Univariado		
1.	Características Sociodemográficas De Adolescentes De 15 A 19 Años En Una Unidad De Primer Nivel De Atención.	57
2.	Percepción De Conocimiento Sobre Planificación Familiar En Adolescentes De 15 A 19 Años En Una Unidad De Primer Nivel De Atención	58
3.	Conocimiento Y Uso De Métodos Anticonceptivos En Las Adolescentes De 15 A 19 Años En Una Unidad De Primer Nivel De Atención.	59
Análisis Bivariado.		
4.	Conocimiento De Método Anticonceptivo Y Planificación Familiar De Las Pacientes Adolescentes De 15 A 19 Años En Una Unidad De Primer Nivel De Atención.	59
5.	Conocimiento de planificación familiar en relación a Las Características Sociodemográficas De Adolescentes De 15 A 19 Años En Una Unidad De Primer Nivel De Atención.	60
6.	Conocimiento de métodos anticonceptivos en relación a Las Características Sociodemográficas De Adolescentes De 15 A 19 Años En Una Unidad De Primer Nivel De Atención.	63
7.	Tabla cruzada ¿usas algún método anticonceptivo? ¿Sabes que es un método anticonceptivo?	65
8.	Pruebas de chi cuadrado	65
FIGURAS		
Número	Nombre	Página
1)	Clasificación De Los Métodos Anticonceptivos.	Anexo s

ABREVIATURAS

ABREVIATURAS	SIGNIFICADO
UMF	Unidad De Medicina Familiar
UCI	Unidad De Cuidados Intensivos
UCIN	Unidad De Cuidados Intensivos Neonatales
NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organización Mundial De La Salud
ENADID	Encuesta Nacional De La Dinámica Demográfica
ETS/ ITS	Enfermedades De Transmisión Sexual.
DIU	Dispositivo Intrauterino
VIH	Virus De La Inmunodeficiencia Humana
ENADID	Encuesta Nacional De La Dinámica Demográfica
IMSS	Instituto Mexicano Del Seguro Social
LH	Hormona Luteinizante
FH	Hormona Foliculoestimulante
TCB	Temperatura Corporal Basal
EPI	Enfermedad Pélvica Inflamatoria.
ENADID	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica.
MELA	ME= Método, L= lactancia, A= Amenorrea = falta de menstruación

GLOSARIO

Nombre	Definición.
Aceptante de método anticonceptivo:	Toda aquella persona que se encuentra en edad reproductiva en el que se le prescribe, aplica o realiza un método anticonceptivo por primera vez, por el personal de salud, empresas partera.
Adolescente:	Es el período de la vida que se ubica entre la niñez y la adultez, si lo tenemos que ubicar temporalmente en una edad determinada, la adolescencia comprendería más o menos desde los 13 y 14 años hasta los 20 años aproximadamente.
Conocimiento:	Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.
Educación para la salud:	Es un conjunto de acciones dirigidas a las personas interesadas y sus familiares en adquirir los conocimientos, habilidades, actitudes y destrezas para cumplir de forma habitual, con la responsabilidad de cuidar su salud y participar activamente en su conservación, disminuyendo los riesgos, al solicitar de forma oportuna la atención médica, colaborado en el manejo integral de su enfermedad
Efectividad anticonceptiva:	Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar un embarazo en un periodo de un año con su correcto uso.

Embarazo de alto riesgo:

Es aquella mujer que se encuentra en periodo de gestación cuyas características y/o circunstancias, ocasiona que incremente la posibilidad de presentar daño(s) a la salud de la madre y/o feto, durante el embarazo, parto y/o puerperio. El cual es registrado en el expediente clínico. En el IMSS se registra en el formato MF5/2000 o MF 6/2000.

Embarazo de bajo riesgo:

Es aquella mujer que se encuentra en periodo de gestación cuyas características y/o circunstancias, tiene menor posibilidad de presentar daños a la salud y/o el feto, durante la etapa de gravidez y/o puerperal. El cual es registrado en el expediente clínico. En el IMSS se registra en el formato MF5/2000 o MF 6/2000.

Indicación anticonceptiva:

Es la prescripción o entrega de un método anticonceptivo acorde a las necesidades personales, las expectativas reproductivas, la condición de salud de la solicitante, con previa evaluación de los factores de riesgos reproductivos.

Métodos de planificación familiar:

Es aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual que incluyen coito vaginal. Los métodos que se administran después de mantener relaciones sexuales se denominan anticonceptivos de emergencia.

Módulo de valoración de riesgo reproductivo y de planificación familiar:

Tiene como objetivo registra el otorgamiento de un método anticonceptivo, ya sea de primera vez o de forma subsecuente, se encuentra en el expediente clínico electrónico de medicina familiar, en el que incluye la valoración de los riesgos reproductivos de

Participación de la pareja:

la solicitante.

Es la acción y efecto de participar entre dos personas de diferente sexo, es decir, podrá implicar la toma o recepción de parte de algo, compartir algo, dar noticia a alguien de algo.

Planificación familiar:

Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre y responsable, sobre el número de hijos y el momento en que los tendrá; así como a recibir información sobre el tema y los servicios necesarios. Este derecho es independiente del sexo, la preferencia sexual, edad y el estado social o legal de las personas.

Periodo

Intergenesico:

Se refiere al período de tiempo comprendido entre dos nacidos vivos consecutivos

RESUMEN

López BP¹ Wood JM² González R.³, Planificación Familiar En Los Adolescentes Y Su Relación Con El Conocimiento De Los Métodos Anticonceptivos, En Primer Nivel De Atención.

- 1.- Residente de Tercer año de Medicina Familiar UMF 39 "Dr. Ignacio Chávez Téllez" IMSS Delegación Tabasco.
- 2.- Medico Familiar Adscrito a la UMF 39 "Dr. Ignacio Chávez Téllez" IMSS Delegación Tabasco.
- 3.- Medico Familiar Adscrito a la UMF 39 "Dr. Ignacio Chávez Téllez" IMSS Delegación Tabasco

INTRODUCCIÓN: La planificación familiar derecho de toda persona a decidir libre y responsablemente, el número y momento que tendrá sus hijos; recibir información y servicios necesarios en métodos anticonceptivos impide o reduce la fecundación en mujeres fértiles con relaciones heterosexual incluyendo el coito vaginal. En Latinoamérica, México ocupa el primer lugar de embarazos no planeados y en el mundo ocupa el segundo lugar; al año se registran alrededor de 390 mil nacimientos de mujeres de 10 a 19 años. **OBJETIVO:** Evaluar el nivel de conocimiento de planificación familiar y métodos anticonceptivos en las adolescentes, en primer nivel de atención.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, transversal con enfoque analítico, tipo encuesta en mujeres adolescentes derechohabientes a la UMF No. 39, de Villahermosa, Tabasco, Universo de 3,141, Muestra de 157. Aplicación de encuesta sociodemográfico y evaluación de planificación familiar en adolescentes y su relación con el conocimiento de los métodos anticonceptivos en primer nivel de atención. Se capturó los datos del paquete estadístico *SPSS versión 24*, estadística descriptiva, X².

RESULTADOS: El análisis de las encuestas: edad de 16 años con 23.6%, 15 años el 22.3%; una media de edad \bar{X} =16.89 años, desviación estándar de s =1.44, mediana de Md = 17 años y moda de Mo =16 años. Así el 80.3% (126) tienen un conocimiento deficiente y un 19.7% (31) conocimiento adecuado sobre planificación familiar, relación entre conocimiento de método anticonceptivo y conocimiento de planificación familiar con una X^2 de 14.98 y un valor de P 0.00 y en cuanto a conocimientos de métodos anticonceptivos representada por un 84.1% (132) de conocimiento deficiente y el 15.9% (25) conocimiento adecuado. **CONCLUSIÓN:** Al Carecer de conocimientos de métodos anticonceptivos es inadecuada la planificación familiar de las adolescentes; se recomienda una mayor difusión desde edades tempranas y al resto de los profesionales de la salud.

Palabras Claves: adolescentes, embarazo, métodos anticonceptivos, planificación familia, periodo Intergenesico.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

ABSTRACT

López BP1 Wood JM2 González R.3, Family Planning in Adolescents and its Relationship with Knowledge of Contraceptive Methods, First Level of Care.

- 1.- Third year Resident of Family Medicine UMF 39 "Dr. Ignacio Chávez Téllez" IMSS Tabasco Delegation.
- 2.- Family Physician Attached to the UMF 39 "Dr. Ignacio Chávez Téllez" IMSS Tabasco Delegation.
- 3.- Family Physician Assigned to the UMF 39 "Dr. Ignacio Chávez Téllez" IMSS Tabasco Delegation

INTRODUCTION: Family planning, the right of everyone to decide freely and responsibly, the number and time they will have their children; receiving information and necessary services on contraceptive methods prevents or reduces fertilization in fertile women with heterosexual relationships including vaginal intercourse. In Latin America, Mexico ranks first in unintended pregnancies and in the world ranks second; per year there are around 390 thousand births of women between 10 and 19 years old.

OBJECTIVE: To evaluate the level of knowledge in adolescent family planning and its relationship with contraceptive methods, in the first level of care. **MATERIAL AND**

METHOD: Observational, cross-sectional and analytical study, survey type in adolescent women entitled to UMF No. 39, of Villahermosa, Tabasco, Universe of 3,141, Sample of 157. Application of sociodemographic survey and evaluation of family planning in adolescents and their relationship with knowledge of contraceptive methods in the first level of care. Data was captured from the SPSS version 24 statistical package, descriptive statistics, X². **RESULTS:** The analysis of the surveys: age 16 with 23.6%, 15 with 22.3%; a mean age \bar{X} = 16.89 years, standard deviation of s = 1.44, median of Md = 17 years and mode of Mo = 16 years. Thus, 80.3% (126) have a deficient knowledge and 19.7% (31) have adequate knowledge about family planning, the relationship between knowledge of the contraceptive method and knowledge of family planning with an X² of 14.98 and a value of P 0.00 and regarding knowledge of contraceptive methods represented by 84.1% (132) deficient knowledge and 15.9% (25) adequate knowledge, **CONCLUSION:** Lacking knowledge of contraceptive methods is inadequate family planning for adolescents; further dissemination is recommended from an early age and to other health professionals.

KeyWords: adolescents, pregnancy, contraceptive methods, family planning, Intergenic period.

1. INTRODUCCION

La planificación familiar forma parte de los derechos reproductivos ya reconocidos en leyes nacionales y documentos internacionales. Es el derecho básico de toda pareja de decidir de forma libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos y el tener la información y medios para estos, así como el alcanzar una mejor salud sexual y reproductiva. Desde la primera visita de un adolescente a la consulta médica y/o como acompañante en las unidades de primer nivel de atención es indispensable darle difusión acerca de la planificación familiar y los diferentes tipos de métodos anticonceptivos que son aquellos mecanismos utilizados por la mujer, el hombre o ambos, en un mutuo acuerdo, para evitar la concepción, embarazos no deseados o planificados en adolescentes, abortos, embarazos con periodos intergenésicos cortos, complicaciones maternas y fetales, aumentar la morbi-mortalidad materno-perinatal, el aumento de las estancias en las unidades de cuidados intensivos de adultos y neonatales, complicaciones del embarazo, parto y puerperio en la adolescente debido a que su cuerpo aún no se encuentra física, psicológica ni hormonalmente maduro para una gestación.

La importancia de la planificación familiar a través del conocimiento y uso correcto y continuo de los métodos anticonceptivos en especial en los adolescentes debe de garantizarse no solo por el médico de primer contacto, sino también integra todo un equipo multidisciplinario, incluyendo: al médico de primer nivel de atención, enfermera general y/o especialista en medicina familiar, trabajadora social, matrona y/o partera, mayor difusión a módulos de planificación familiar, asistente médico y todo el personal de salud, así como también se debe de otorgar asesoría en las escuelas.

Entre los métodos anticonceptivos encontramos los temporales y los permanentes, de los que se subdividen en naturales y/o no hormonales y en los hormonales, que a su vez se dividen en orales, inyectables, subdérmico, tópicos, de barrera, hasta los permanentes que son los quirúrgicos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Planificación Familiar

2.1.1 Definición:

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. Esto genera el bienestar y la autonomía de las mujeres y al mismo tiempo apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades. (OMS, 2018)

Los servicios de planificación familiar de alta calidad satisfacen las necesidades de las personas y las parejas en todas las etapas de sus vidas reproductivas, proporcionándoles oportunidades para tomar decisiones basadas en la información, posibilidades de optar por diversos métodos y continuidad en los servicios. Los prestadores de servicios deben proporcionar a los pacientes información precisa y exhaustiva, que permita que hombres y mujeres seleccionen el método que mejor se adapte a sus necesidades. (Ferrer A. , 2016)

2.1.2 Epidemiología:

Las razones por las que las mujeres no desean usar un método de planificación familiar son porque el 28.4% no planearon tener relaciones sexuales, el 28.3% no conocían de métodos y el 2.3% deseaban embarazarse, el 17.8% no creyó que podía embarazarse. Y el 61% de las mujeres no usuarias de métodos por desconocimiento, no tenían escolaridad. (INEGI, 2019)

2.1.3 Importancia de la planificación familiar

La planificación familiar otorga ventajas no solo para las mujeres, sino también para su familia y a la sociedad, salvaguardando la vida y en la mejora de su calidad de vida. Dentro de los múltiples beneficios que nos otorga el realizar una adecuada planificación familiar se encuentran: 1) la Reducción de la mortalidad infantil: principalmente en niños menores de un año de edad, debido a que presentan diversos problemas de salud, ya que la madre no cuenta con los recursos necesarios para una adecuada solventación en su alimentación durante la gestación, trayendo como consecuencias niños prematuros, de bajo peso al nacer y/o con malformaciones, aumentando la

mortalidad neonatal; 2) Prevención de riesgos para la adolescente embarazada: se reduciría el número de embarazos que sean de pre-término, obteniendo mayor porcentaje de embarazos a término, con un periodo Intergenesico más prolongado, disminuyendo los casos de hemorragias obstétricas desde el primer trimestre de gestación, las enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, preeclampsia-eclampsia, mejorando así la calidad de vida y la salud en el bienestar materno-fetal, evitando el riesgo de muertes materno-fetal; 3) Prevención de infecciones de transmisión sexual incluyendo la infección por VIH: se evitarían embarazos no deseados en mujeres portadoras de infección por VIH u otras ETS, disminuyendo el nacimiento de bebés infectados y/o huérfanos ante las muertes de sus progenitores portadores de VIH; 4) Disminución de abortos peligrosos: se disminuiría el porcentaje de embarazos no deseados y/o no planificados, abortos realizados en lugares clandestinos por personal no apto o capacitado para su realización, ocasionando hasta un 13% de la mortalidad materna a nivel mundial. (OMS, 2018) (Rogel S., 2020) (IMSS, 2015)

2.2 Conocimiento

2.2.1 Definición

Por lo que entendemos por **conocimiento** como “todo saber que se puede justificar racionalmente y es objetivo”, en la “Teoría del conocimiento” debemos que el verdadero conocimiento se presenta cuando una idea coincide con un objeto o un pensamiento abstracto, esto es, el razonamiento de una idea origina un saber objetivo en la mente de cada persona, se trate de algún objeto o algo intangible, por ello el conocimiento es evaluable toda vez que construye un nuevo saber; además forma parte del proceso educativo. (Hessen; 1985:82).

2.3 Adolescente

2.3.1 Definición

Acorde a la OMS define a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. Es una de las etapas de transición más importantes, caracterizada por un ritmo

acelerado de crecimiento y de cambios, condicionada por diversos procesos biológicos, el comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. (OMS, 2018)

2.3.2 Epidemiología

En México hay 37,504,392 jóvenes de 12 a 29 años de edad; representan el 31.4% de la población total de México, la distribución entre hombres y mujeres jóvenes es de 49.4% en hombres y 50.6% en mujeres. La estructura por edad de la población lo conforma el porcentaje de personas con edad de 15 a 29 años de edad es del 24.6%, representado por edades de 15 a 19 años en varones un 4.7%; y mujeres un 4.4%. La fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad es de 70.6 nacimientos por cada mil mujeres en ese rango de edad. La tasa global de fecundidad por escolaridad es en rango de algún grado de primaria del 2.82 hijos por mujer, grado de secundaria del 2.66 y escolaridad media superior o superior es de 1.75 hijos por mujer. La tasa global de fecundidad por entidad federativa ubicamos a tabasco en un 2.21 hijos por mujer. A nivel nacional la edad mediana al inicio de la vida sexual de las mujeres es a los 17.5 años. De este grupo de edad el 59.9% que tuvieron relaciones sexuales usaron método anticonceptivo en su primera relación. Casi cuatro de cada 10 personas de 15 años o más son casadas 39.9%, soltera 28.8%, unión libre 18.1%. (INEGI, 2019).

2.3.3 Características De Las Relaciones Sexuales En El Adolescente

Dentro de las características de las relaciones sexuales en los adolescentes se encuentran: 1) inicio precoz con un acceso más directo y en menor tiempo desde otras conductas, al coito, 2) relaciones sexuales irregulares, espaciadas y muchas veces no provistas, 3) se consideran monógamo, cambios de parejas de forma frecuente, duración corta en la relaciones, "monogamia sucesiva". 4) Deficiente y escasa la utilización de los métodos anticonceptivos, por la poca o nula información a estos, erróneas creencias, falta de previsión y difícil acceso a un servicio de salud, el horario de la consulta interviene con el horario de sus clases. 5) Dificultad para establecer la relación causa/efecto entre conducta sexual que le proporcione inmediato placer y un futuro embarazo de alto riesgo, adquisición de enfermedades de transmisión sexual

(ETS). 6) Realizado bajo los efectos del consumo de alcohol, drogas y/o sustancias. (ecured.cu, 2018) (Gonzales Marcos, 2019) (Peláez Mendoza, 2016).

2.4 Métodos anticonceptivos.

2.4.1 Definición

Los Métodos anticonceptivos son ofertados por el programa de planificación familiar; la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, (reproductiva, 2010) de los servicios de planificación familiar establece que los métodos anticonceptivos “...son aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, en forma temporal o permanente...” (Salud, 1993) menciona que los objetivos del asesoramiento anticonceptivo son educar a las mujeres sobre la anticoncepción, analizar las necesidades anticonceptivas actuales y futuras, y seleccionar una modalidad anticonceptiva, de ser necesario, evitando así los riesgos de un embarazo no deseado. Es importante no olvidar que la percepción de la anticoncepción se ve aún en cierta forma influenciada por las circunstancias políticas, socioeconómicas y religiosas dominantes durante gran parte del siglo pasado. (Costillas-Caño, 2017)

2.4.2 Epidemiología

A nivel nacional la edad mediana de inicio de vida sexual en las mujeres es de 17.5 años, del cual el 59.9% utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación. Una de las causas de los embarazos no deseados, es tener relaciones sexuales sin protección anticonceptiva, se tiene evidencia de que los adolescentes conocen los métodos anticonceptivos, pero se sabe y describe que hay una brecha entre el conocimiento y su utilización. (Andrew M Kaunitz, 2018).

2.4.3 Factores Dependientes Para La Indicación Del Uso De Métodos Anticonceptivos.

Al prescribir un método anticonceptivo en los adolescentes hay varios factores a considerar: a) el método sea Eficaz: es la capacidad para evitar un embarazo, es medido por el índice de PEARL (IP), número de embarazos que se producirían cada 100 mujeres durante un año de uso; b) su Seguridad: la capacidad para alterar de forma positiva o negativa la salud, valorando el estado de salud del usuario, las

contraindicaciones e indicaciones de cada uno de los métodos; c) la Reversibilidad: es la capacidad para recuperar su estado reproductivo al momento de interrumpir el método anticonceptivo; d) la Facilidad y Complejidad de su uso: se relaciona con los factores no dependientes del método, sino acorde a el nivel de estudios que tenga el usuario, así como su madurez psíquica, el conocimiento de su cuerpo y sus habilidades manuales; e) el Costo del método y la Accesibilidad que tenga el adolescente para adquirirlo sin problema alguno para su uso de forma adecuada. (Peláez Mendoza, 2016) (Gonzales Marcos, 2019) (Santiago R.E, 2020).

Existen otros factores dependientes del usuario para la indicación y/o elección de uso de los métodos anticonceptivos, entre estos están: a) la Edad: al valorar el grado de maduración biológica, los anticonceptivos deben de otorgarse después de inicio de la menarquia, para evitar que afecte el desarrollo y crecimiento del usuario, en este caso de los adolescentes; b) grado de maduración psicológica: comprende la motivación, aceptabilidad, cumplimiento, control y seguimiento del método anticonceptivo por parte del adolescente; c) Actividad sexual: para conocer si cuenta con vida sexual activa coitales, su edad de inicio, la frecuencia, si cuenta con pareja estable, el grado de participación de los métodos anticonceptivos por parte de su pareja y si cuenta con más parejas sexuales el adolescente; d) Aceptabilidad: deben de cumplir las creencias, normas, valores de cada usuario para que tenga una adecuada apego y cumplimiento por parte del usuario; e) impacto sobre la economía: apoyarle para que vea su método anticonceptivo como una inversión en su seguridad y tranquilidad al indicarle el método anticonceptivo, debido a que normalmente el adolescente los compra y al no contar con los recursos opta por usar los más baratos como el coito interrumpido; f) el entorno familiar y social: ya sean que sean de costumbres restrictivos o facilitadores para el uso de los métodos anticonceptivos. (OMS, 2018) (Peláez Mendoza, 2016) (Santiago R.E, 2020) (pediatrics., 2020).

2.5 Clasificación

Hay diversas maneras en que pueden ser clasificados los métodos anticonceptivos **(Ver Figura b En Anexos):**

- Masculinos o femeninos: en función de quien lo utilizaría, el hombre o la mujer.
- Orales o no orales: se basa en la vía de administración.
- Hormonales o no hormonales: es en base a su composición química
- Temporales o permanentes: en cuanto a la duración del método.
- Reversibles o irreversibles: se basa en cuanto al restablecimiento de su fase reproductiva de los usuarios. (Peláez Mendoza, 2016) (Santiago R.E, 2020) (Schwarcz R.)

2.5.1 Métodos Anticonceptivos No Hormonales Temporales

2.5.1.1 Abstinencia periódica

Es el método que consiste en la suspensión de las relaciones sexuales genitales y coitales durante el periodo de fertilidad, es ideal para los adolescentes ya que es eficaz para prevenir el embarazo y las ITS. (OMS, 2018). La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) recomienda que la abstinencia debe de ser promovida en los adolescentes que aún no han iniciado vida sexual activa. (Valles N., 2016). Es una opción para aquel adolescente que no haya iniciado relaciones sexuales, así como para los que ya lo hicieron. Requiere de motivación y autocontrol, comunicación y cooperación de la pareja. (Peláez Mendoza, 2016). Se le debe de aconsejar a los adolescentes al uso de preservativos, independientemente de otro tipo de métodos en aquellos adolescentes que son sexualmente activos. (Valles N., 2016) (Muñoz; 2015:1-9).

2.5.1.2 Métodos Naturales

Los métodos naturales incluyen aquellos basados en el control del ciclo menstrual, con una adecuada identificación de la ovulación y los días fértiles en la mujer, evitando la eyaculación interna durante el coito. (Organizacion Mundial de la Salud., 2018) (Santiago R.E, 2020). Sus ventajas no tienen efectos secundarios, no tienen costo alguno, pueden ser utilizados durante la lactancia y el embarazo, deben de ser usado por aquellas parejas que si desean en un futuro ser padres. Sus desventajas es que: No son seguros, para las adolescentes no son idóneas debido a que frecuentemente presentan irregularidades en sus periodos de ovulación y es difícil de calcular, cuya eficacia es no mayor del 75% no protege de ETS. (Santiago R.E, 2020). Incluyen el

análisis del moco cervical, medición de la temperatura basal y sintotérmico, coito interrumpido, método del ritmo, duchas vaginales postcoital. (Peláez Mendoza, 2016).

2.5.1.2.1 Método del Calendario del Ritmo O de OGINO y Knauss

Se basa en la observación de los ciclos menstruales por lo menos de 6 a 12 meses antes de su aplicación, para identificar el inicio y finalización del periodo fértil en la mujer, siendo dada por la ovulación ocurrida entre los días 14 a 16 del ciclo. Tiene un 80% de efectividad, si se realiza adecuadamente, la desventaja es el tomar la temperatura todos los días, no protege de ETS. (Schwarcz R.) (Díaz S., 2017) (Valles N., 2016). La forma para la identificación del periodo fértil se basa en: 1) el registro en un calendario los días del inicio y término de la menstruación por un periodo de 6 meses como mínimo; 2) identificar cual es el ciclo menstrual corto y el más largo; 3) es el periodo que comprende entre el primer día de la menstruación y el día que antecede el primer día de la siguiente menstruación; 4) fórmula para calcular el periodo fértil: restar 18 días al ciclo más corto para obtener el primer día del periodo fértil, y restar 11 días al ciclo más largo para conocer el último día del periodo fértil, por ejemplo: duración de 6 ciclos en una mujer: 29 días, 30 días, 28 días, 31 días, 32 días y 31 días, el ciclo más corto es el de 28 días, se le restan 18 días y es el día 10 el fértil, y en cuanto al ciclo más largo es el día 32, al que se le restan 11 días, el día fértil es el 21, en el que la pareja evitara tener relaciones sexuales desde el día 10 del ciclo hasta el día 21 del ciclo. (Díaz S., 2017) (pediatrics., 2020).

2.5.1.2.2 Método de la Temperatura Basal.

Es una técnica útil en la mujer que nos indica que se ha producido la ovulación, mas no predice cuando va a ocurrir; se encarga de la medición de la temperatura corporal basal (TCB), la cual aumenta al producirse la ovulación aproximadamente unos 0.5°C, por el efecto termogénico de la progesterona. (Valles N., 2016). La temperatura en la mujer en la fase pre-ovulatoria es baja y en la fase pos-ovulatoria sube (entre 0.2 y 0.5°C) sobre el promedio de la fase folicular, misma que se produce entre 2 y 3 días después del pico plasmático de la LH, y la ovulación ocurre en las 24hrs siguientes al pico de la LH en plasma. Se toma la TCB en un promedio de 3 días consecutivos, manteniendo la abstinencia desde el inicio del ciclo hasta el cuarto día del alza térmica, se mide después del reposo mayor, por lo menos de 4 horas y antes de levantarse de

la cama, con el mismo termómetro, vía vaginal o rectal, puede variar la temperatura por otros factores como enfermedades, alcohol o falta de sueño. Se usa en conjunto con el método de Billings (método de medición del moco cervical). (Díaz S., 2017) (Valles N., 2016) (Valero L. P.).

2.5.1.2.3 Método de Billings o Medición del Moco Cervical.

Permite conocer el día fértil y el día infértil del ciclo, identificando las características del moco cervical. Inicia con el sangrado de la menstruación, no hay producción de moco, y al terminar esta inicia un periodo seco de 2 a 3 días, luego un moco blancuzco, turbio y pegajoso, y cada vez más claro, transparente y elástico, y el último día con estas características del moco se le define como el día del ápice del moco que indica ya sea que ya ocurrió la ovulación o está ocurriendo en ese día y al 4to día inicia periodo infértil que dura hasta la siguiente menstruación. (Díaz S., 2017) (Valles N., 2016).

2.5.1.2.4 Método del Coito interrumpido.

También llamado retiro, marcha atrás, es el más utilizado en la actualidad por el varón; consiste en retirar el pene por parte del varón de la vagina de la mujer antes de la eyaculación; no tiene costo alguno, no requiere adiestramiento ni control médico, la tasa anual de fallos al usarse de forma adecuada en un 4% e inadecuada en un 27%. (Valles N., 2016). Entre las desventajas es la frustración e impotencia por parte del varón y la congestión pélvica y frigidez en la mujer. (Díaz S., 2017).

2.5.1.2.5 Método de la amenorrea de la lactancia.

Se basa en la lactancia exclusiva y amenorrea dentro de los primeros 6 meses post-parto, ya que se ha demostrado que la mujer no se encuentra en su periodo fértil y es poco probable que se embarace; pero para que ocurra debe de cumplir con: 1) lactancia completa, consiste en la alimentación exclusiva del seno materno sin otorgamiento de alimentos complementarios, 2) ausencia de menstruaciones o no sangrados de más de un día, 3) lactante menor de 6 meses de edad. Tiene una eficacia del 98%. También llamado el método MELA (ME= Método, L= lactancia, A= Amenorrea = falta de menstruación). Fisiológicamente la infertilidad durante la lactancia se debe a: 1) la inhibición de la ovulación y amenorrea: la succión frecuente del pezón ejerce efecto inhibitorio del eje hipotálamo-hipofisario y determina una alteración en la secreción pulsátil de la LH (se encarga de desencadenar la ovulación)

y por ende no ovula y no tiene sus periodos menstruales; 2) alteración de los primeros ciclos menstruales: rara vez se puede producir un embarazo durante la amenorrea de lactancia, incluyendo a las que ovulan antes de la primera menstruación, ya que el primer ciclo menstrual esta alterado y la primera ovulación sigue pro una fase lútea insuficiente al ser más corta y con niveles de progesterona en sangre más bajos en comparación con las que no están lactando, y no alcanza a preparar el endometrio. (Díaz S., 2017) (Valles N., 2016) (Valero L. P.).

2.5.1.3 Dispositivo Intrauterino (DIU) De Cobre

Es un dispositivo pequeño y flexible en forma de T introducido en el útero de la mujer en los primeros 7 días del ciclo menstrual, hasta 48 horas después del parto o a las 4 semanas postparto, después de un aborto (confirmando que no exista proceso infeccioso). El mecanismo de acción del DIU de cobre es prevenir la fecundación al crear un medio hostil intrauterino, alterando el moco cervical y la movilidad de las trompas uterinas, afectando a los espermatozoides, disminuyéndoles su tiempo de supervivencia y/o su movilidad hasta paralizarlos, y así impidiendo su ascenso por el tracto genital superior y se encuentre con el óvulo. Otorga una anticoncepción segura y a largo plazo, eficacia del 99.2%, no tiene hormonas, su cambio es cada 5 o 10 años según sea el tipo de DIU; desventajas pueden aumentar la cantidad y duración del sangrado menstrual y por ende dolor tipo cólico en región pélvica, puede causar dolor o calambre por poco tiempo después de su colocación, no protege de ETS. (OMS, 2018) (Schwarcz R.) (Díaz S., 2017) (pediatrics., 2020)

2.5.2 Métodos Anticonceptivos Hormonales

Se basa en el uso de hormonas femeninas sintéticas que son administradas al organismo, en el que evitan de forma eficaz un embarazo, ya sea evitando la ovulación, aumentando cantidad y viscosidad del moco cervical. Su administración puede ser por vía oral, inyectable o intracorporal. De acuerdo a su composición existen 2 tipos: 1) combinados (estrógeno con gestágenos; en el que pueden ser de 2 tipos: a) los secuenciales, con 21 comprimidos, los primeros 10 son estrógenos y los otros 11 son estrógenos con gestágenos y los combinados, que contienen ya sea 21 o 24 comprimidos, cada uno con estrógenos (etinilestradiol) y gestágenos (acetato de Ciproterona, Levonorgestrel, Gestodeno o Desogestrel), así como pueden ser

monofásicas (misma dosis todos los comprimidos) o trifásicas (distintas dosis); y los 2) son los gestágenos solos, también llamadas minípildoras, pueden ser utilizadas en el puerperio inmediato, no bloquea la ovulación de forma constante, solo cambian las características del moco cervical y del endometrio para evitar embarazos. Su Mecanismo de acción se lleva a cabo por una múltiple acción en el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal y en el aparato genital femenino a través de: 1) suprime la ovulación (principal efecto), en el caso de los gestágenos suprime la secreción de la LH y en el caso de los estrógenos, se encarga de inhibir la FSH. 2) altera el moco cervical (medio adecuado para el ascenso de los espermatozoides al tracto genital superior de la mujer), haciendo que los espermatozoides se inmovilicen, disminuya su tiempo de supervivencia y por ende la muerte de estos. 3) inactiva de forma funcionalmente al endometrio, haciendo que presente cambios en la capa decidua, lo que conlleva a que la implantación sea con mayor dificultad o no se lleve a cabo. 4) desensibilización del ovario a las gonadotropinas. Los esteroides sintéticos, en este caso el estradiol se obtiene de los estrógenos y progesterona o la testosterona en el caso de los gestágenos. Tiene una alta eficacia al usarse de forma adecuada de un 99% y con uso tipo de un 92% y con un IP entre el 0.12 a 0.34, índice de fallos del 3 al 8%, debido a olvidos en su toma, a las interacciones farmacológicas y a alteraciones digestivas. Ventajas disminuye de un 50 a 80% el riesgo de presentar cáncer de ovario y de endometrio, el cual se mantiene hasta 10 o 15 años posterior al cese de su estos, disminuye el resigo de presentar quistes de ovarios, embarazo ectópico, EPI, patologías benignas de la mama, controla el ciclo menstrual en mujeres irregulares en sus ciclos, disminuye o desaparece la dismenorrea, retrasa el inicio de artritis reumatoide. Sus Desventajas son que no protegen de ETS, aumenta el riesgo de presentar enfermedad cardiovascular (trombosis venosa, cardiopatías isquémica coronaria, enfermedad vascular cerebral (EVC), al crear un estado de hipercoagulabilidad y fibrinólisis. Aun no se ha encontrado en los estudios de meta análisis Su relación entre su consumo y el cáncer de mama, cáncer de cérvix o lesiones precancerosas, carcinoma hepatocelular. (Ferrer A. , 2016) (Salaud, 1993) (salud, 2002) (Pelález Mendoza, 2016) (pediatrics., 2020) (M., 2015) (Abigail Severiano-Vergara, 2017)

2.5.2.1 Métodos Anticonceptivos Hormonales Orales

Son un método anticonceptivo que contienen hormonas femeninas sintéticas como los estrógenos y progestágenos, que se encargan de evitar un embarazo de forma segura y efectiva. Existen de 2 tipos: 1) anticonceptivos hormonales orales combinados y 2) anticonceptivos hormonales orales solos con progestina. El estrógeno utilizado aquí es el Etinilestradiol (EE), el cual es la unión del Etinil al estradiol, que permite la absorción oral en el intestino, sufre proceso de conjugación, se metaboliza en el hígado y reduce su biodisponibilidad en un 50 a 60%; en la sangre se une a la albumina en un 97% para distribuirse en los tejidos que tienen receptores estrogénicos, posteriormente se metaboliza en hidroxila lentamente en el hígado y se excreta por la bilis, pudiendo eliminarse o entrar a la circulación enterohepática. La biodisponibilidad del EE es mayor que los estrógenos naturales, por lo que con menor dosis tiene el mismo efecto. (Valero L. P.) (Abigail Severiano-Vergara, 2017).

2.5.2.2 Métodos Anticonceptivos Hormonales Orales Solo Con Gestágenos.

Entre los anticonceptivos orales está compuesta solo por una sola hormona el progestágeno, es también llamada la Mini píldora, el cual con solo dosis bajas de progestágeno y sin estrógenos no permite la regulación adecuada del ciclo menstrual. Los gestágenos son el acetato de Ciproterona (derivado de la progesterona natural), Levonorgestrel, Gestodeno y Desogestrel (derivado del anillo del Gonano de la testosterona). El acetato de Ciproterona tiene su acción gestagénica y antiandrogénico. El Levonorgestrel tiene una actividad androgénica no despreciable, con acciones negativas en el metabolismo lipoprotéico. Entre estos gestágenos se encuentran el Desogestrel de 75mcg, es muy selectivo y con débil actividad androgénica (inhibidor de la ovulación en un 97%), espesa el moco cervical, adelgaza y atrofia el endometrio y retarda la motilidad tubárica. En sus ventajas, es aceptable para aquellas mujeres que tienen contraindicado el uso de los anticonceptivos hormonales combinados con estrógenos, fumadoras y en periodo de lactancia. Su desventaja es un inadecuado control del ciclo con prolongados sangrados o amenorrea, por lo que optan por su abandono. Se debe de iniciar en el primer día de su menstruación de forma diaria e ininterrumpidamente. Está contraindicado en la lactancia en las primeras 6 semanas, TEV actual, migrañas con aura, cáncer de mama, hepatitis viral aguda y tumor

hepático. (Valero L. P.). Se inicia su toma el primer día del ciclo menstrual o ya sea 6 semanas después del parto. (Abigail Severiano-Vergara, 2017) (Ferrer A. , 2016).

2.5.2.3 Métodos Anticonceptivos Hormonales Orales Combinados.

Son un tipo de métodos anticonceptivos pueden ser de elección para los adolescentes que mantienen relaciones sexuales de forma frecuente y sin uso de algún otro anticonceptivo de barrera que les proteja de ETS, así como por su alta eficacia anticonceptivas. En las adolescentes son pocas las contraindicaciones, hay que tomar en cuenta los criterios de elegibilidad de la OMS. (Valero L. P.). Para las adolescentes es ideal iniciar con 30mcg de EE y 150mcg de Levonorgestrel, en las que padecen de síndrome de ovario poliquístico, puede no tener mucha respuesta ya que el Levonorgestrel tiene cierto efecto androgénico, por lo que se les recomienda 30mcg de EE y 3 mg de Drospirenona (derivado de la espironolactona) o 2 mg de acetato de Ciproterona, ya que ambos actúan en el metabolismo de los lípidos, en el hirsutismo y en la reducción de peso mejorando el IMC. (Ferrer A. , 2016). Contiene estrógenos y progestágenos, existen de 3 tipos: 1) monofásico: todas las pastillas contienen la misma dosis de hormonales, 30mcg de etinilestradiol y 150mcg de Levonorgestrel, 2) bifásicas, 3) trifásicas. Mecanismo de acción inhiben la producción y liberación de los óvulos por el ovario (inhibición de la ovulación) a través de la supresión de la LH, espesa el moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides de la vagina hacia el útero, hace más delgada la capa endometrial del útero para evitar que se lleve a cabo la implantación. Antes de prescribirlo se le debe de realizar una adecuada historia clínica a la adolescente para investigar si cuenta con factores de riesgo, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos, para descartar múltiples afectaciones clínicas en las que está contraindicado el uso de estos anticonceptivos entre los que destacan: 1) enfermedad tromboembólica venosa (TEV), es bajo en los adolescentes del 5 al 10% en menores de 20 años de edad, cuyo riesgo va aumentando en los primeros meses después de su inicio y va reduciéndose conforme su duración (nivel de evidencia 3, 4). En las presentaciones de Levonorgestrel, Noretisterona y Norgestimato, Gestodeno, acetato de Ciproterona, Drospirenona y Desogestrel; 2) migrañas con aura; 3) hipertensión arterial; 4) dislipidemias severa asociada a otros factores de riesgo cardiovascular; 5) diabetes mellitus con vasculopatía asociada; 6) hepatitis aguda; 7)

tumores hepáticos benignos; 8) anticonvulsivantes como la Fenitoína, Carbamazepina y lamotrigina; 9) inmovilización prolongada. Tiene una efectividad del 99%, pero depende su adecuado manejo y uso el cual puede disminuir en un 92%. (F.E.A., 2015). Solo una de cada 1,000 mujeres que usan de forma correcta durante un año puede quedar embarazada, en su uso habitual el 6 al 8% se pueden embarazar en el primer año de usarse. Ventajas puede mejorar los trastornos del ciclo menstrual en mujeres con ciclos irregulares, el sangrado es más corta y sin dismenorrea. Protege contra el cáncer de ovario y endometrio, disminuye la incidencia de embarazos ectópicos, quiste de ovario, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y miomas uterinos. Desventajas no debe de ser utilizado en portadoras de hipertensión arterial sistémica, cardiopatías, diabetes o enfermedades hepáticas, fumadoras, mayores de 35 años de edad, no previene de ETS, se olvidan la toma y requiere de un horario para su toma. Puede presentar efectos secundarios como son nauseas, vomito, cefalea, sensibilidad mamaria, acné, leve aumento de peso, alteración en el patrón de sangrado (escaso o presentar sangrados entre las menstruaciones) y amenorrea. Tiene interacciones medicamentosas con la Rifampicina y algunos anticonvulsivantes. (Abigail Severiano-Vergara, 2017). Modo de uso debe de iniciar el primer día del ciclo, una tableta al día por la noche a la misma hora, por 21 días, descansar 7 días e iniciar el siguiente ciclo. En caso de que se le olvide una pastilla, debe de tomarla inmediatamente al día siguiente ya sea las 2 tabletas juntas o 1 cada 12 horas. Si se le olvido 2 pastillas, deberá tomar 1 cada 12 horas por 2 días seguidos. En caso de ser 3 pastillas de olvido, pierde su efectividad y debe de suspenderse y utilizar método de barrera el resto del ciclo, por lo que debe de iniciar el siguiente ciclo. Entre los efectos secundarios se presentan en los primeros tres meses de uso como hipersensibilidad mamaria, nauseas, vomito, mareo, sangrado o goteo intermenstrual, cefalea, cloasma, suspensión en caso de embarazo, dolor y edema de miembros inferiores, alteraciones visuales, dolor torácico, disnea e ictericia. (Ferrer A. , 2016) (Salaud, 1993) (Peláez Mendoza, 2016) (Schwarcz R.) (F.E.A., 2015) (Valero L. P.).

2.5.3 Métodos Anticonceptivos Hormonales Inyectables Solo con Gestágenos.

En los hormonales inyectables solo con gestágenos tenemos el Acetato de Medroxiprogesterona de 150mg, vía intramuscular cada 12 semanas, en el que la primera dosis se aplica entre el primer y quinto día del ciclo menstrual. En sus Ventajas Es muy eficaz en los adolescentes, así como en mujeres con enfermedades crónicas como crisis epilépticas, retraso mental o problemas psiquiátricos o conductuales, mejora la dismenorrea, protege en la deficiencia de hierro y cáncer de endometrio, previene episodios de migraña. Desventajas presenta alteraciones menstruales iniciando con sangrados irregulares y frecuentes en un 80%, y en un 50% de las mujeres al año de su uso presentan amenorrea, pueden aumentar de peso, hay controversia en la intervención de los efectos sobre la mineralización ósea disminuyendo su densidad, el cual se normaliza después de 2 años de su suspensión, suprime la ovulación hasta por un año después de sus suspensión, no protege de ETS. (Rodríguez; 2015:1-11) (Valero; 1-31)

2.5.3.1 Métodos Anticonceptivos Hormonales Inyectables Combinados.

Entre estos se encuentran el Acetato de Medroxiprogesterona 25mg más Cipionato de Estradiol 5mg y el Enantato de Noretisterona 50 mg más Valerianato de Estradiol 5mg. En presentación de ampula con 0.5ml en suspensión acuosa o en una ampula con 1 ml en suspensión oleosa. Efectividad del 99%. Mecanismo de acción es inhibir la ovulación al haber la supresión de la producción de la hormona LH y FH, produce cambios estructurales en el endometrio, aumenta la densidad del moco cervical, por lo que evita la penetración de los espermatozoides. Dura hasta 33 días posterior a su administración. Ventajas puede ser útil en mujeres con lactancia materna después de los 4 meses y sin lactancia materna después de los 42 días, en postaborto inmediato del 1er y 2do trimestre, aborto séptico, embarazo ectópico, mujeres menores de 35 años, antecedente de tabaquismo (menos de 15 cigarros al día), IMC menor de 30kg/m², portadoras de insuficiencia venosa periférica con venas varicosas, dislipidemias sin riesgo cardiovascular, valvulopatías cardíacas no complicadas, lupus eritematoso sistémico, cefaleas no migrañosas, migraña con aura en menores de 35 años, epilepsia, trastornos depresivos, endometriosis, antecedente de hipertensión durante el embarazo, antecedentes heredofamiliares de primer orden de trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar. (F.E.A., 2015) (Ferrer A. , 2016).

Inyectables mensuales: Está compuesto por hormonas como los estrógenos y progestágenos que impiden la producción de los óvulos. Su aplicación es una vez al mes. Ventajas: Protege durante el periodo completo de su aplicación, sus periodos menstruales serán más cortos y ligeros, permite la recuperación de la fertilidad sin complicaciones. Desventajas presenta cambios en el periodo durante el primer año, puede presentar efectos secundarios como náuseas, cambios en el peso corporal, cefalea, alteraciones en el ciclo menstrual. Inyecciones bimestral o trimestral: inhiben la ovulación y espesan el moco cervical. Ventajas que se administran cada 2 meses o 13 semanas dependiendo la sustancia activa; desventajas puede presentar alteraciones fisiológicas, pueden olvidarse de su aplicación. (F.E.A., 2015) (Valero L. P.).

2.5.4 Parche Transdérmico

El parche es un sistema anticonceptivo hormonal (las hormonas evitan que los ovarios liberen óvulos), transdérmico compuesto de Norelgestromin 6mg y etinilestradiol 600mcg. El cual libera de forma diaria 20mcg de etinilestradiol y 150mcg de Norelgestromin. Se usan por 3 semanas, colocándose uno por semana, el primero se coloca el primer día de la menstruación, representando el día 1 del ciclo menstrual, se cambian cada semana, entre los días 8, 15 y 22 del ciclo menstrual, dejando los últimos 7 días sin parche, días en los que va presentando su menstruación e iniciando un nuevo ciclo menstrual. (Santiago R.E, 2020) (pediatrics., 2020). Representa el 91% de eficacia en la prevención de embarazos evitando que menos del 1% de las mujeres que lo utilizan de forma adecuada se embarace; se estima que entre el 6 y 8% puede embarazarse en el primer año de su uso. Entre las ventajas que tiene el parche son que puede presentar menstruaciones de más leve flujo, menos dolores menstruales, puede mejorar su acné. Entre las desventajas en las adolescentes, es que olvide cambiarse el parche cada semana, aumenta el riesgo de formación de coágulos, no protege de ETS, puede cursar con efectos secundarios por los hormonales como dolores de cabeza, náuseas, irritación en la piel o sensibilidad en los senos. (pediatrics., 2020).

2.5.5 Implante Subdérmico De Progestágenos Solo

Son una o dos capsulas de un especial plástico (Silastic o Etilen vinil acetato/EVA), se coloca bajo la piel (subcutáneo), en la parte interna del brazo o antebrazo y libera en un

ritmo constante pequeñas dosis diarias de progestágeno. Hay 2 tipos de implantes: 1) Jadelle: son 2 implantes solidos de Silastic y Levonorgestrel cubiertos de Silastic. Contiene 75mg de Levonorgestrel, miden 43mm de largo y 2.5mm de diámetro cada uno. Tiene una duración de 5 años, pero deben de extraerse al final de cuarto año de su uso debido a que su eficacia se reduce al quinto año. 2) Implanon: implante solido de EVA y Etonogestrel con una cubierta de EVA. Dura 3 años. Conformada por 68mg de Etonogestrel, mide 40mm de largo y 2 mm de diámetro. (Salaud, 1993) (Díaz S., 2017) (pediatrics., 2020).

Es uno de los métodos anticonceptivos reversibles más efectivo, en el que 1/1000 mujeres pueden embarazarse durante el primer año de su uso, representando el 99.5% de eficacia, es segura y a largo plazo, en los adolescentes evita el olvido, debido a que no deben de realizar nada de forma diaria semanal ni mensual, debe de cambiarse cada 3 a 5 años de su uso, está compuesto de progestina es una hormona que se encarga de impedir que el ovario libere un óvulo, cuyo principal mecanismo de acción es el espesamiento del moco cervical, impidiendo el paso de los espermatozoides de la vagina al útero. Entre las desventajas: los menos conocidos son que puede ocasionar efectos secundarios aumento de peso, cefalea y acné, y los más conocido es que puede causar sangrado irregular, no protege de la transmisión de ETS. (pediatrics., 2020) (Gonzales Marcos, 2019).

2.5.6 Dispositivo Intrauterino (DIU) Con Levonorgestrel (T-Lg)

El DIU con Levonorgestrel (LNG), es un dispositivo de plástico en forma de T, el cual se introduce en el útero de la mujer, dura aproximadamente 5 años, son de 2 tamaños uno de nombre MIRENA tiene 52 mg de LNG y con una liberación diaria de 20mg/día, con una duración de 5 años y el otro de nombre JAYDESS el cual tiene 13.5 mg de LNG, con duración de 3 años el cual es idóneo para las adolescentes. (pediatrics., 2020) (F.E.A., 2015).

Tiene una eficacia con un índice de fracaso del 0.2% (2 de cada 1000 se embarazan en un año). Mecanismo de acción es que la hormona liberada produce cambios a nivel endometrial, espesando el moco cervical e impidiendo el paso de los espermatozoides de la vagina al útero. Se aplica en los primeros 7 días del ciclo menstrual o sin esta. Ventajas no interfiere en las relaciones sexuales, ayuda en el tratamiento de las

hipermenorreas, metrorragia idiopática, miomatosis uterina, adenomiosis, discrasias sanguíneas, hiperplasia endometrial debido a su efecto sobre el endometrio, se aplica después del aborto y 4 semanas después del parto. Desventajas sangrados abundantes o amenorreas. (Ferrer A. , 2016) (Santiago R.E, 2020).

2.5.7 Métodos Anticonceptivos De Barrera

Los métodos de barrera son los métodos anticonceptivos que evitan la fecundación, impidiendo el paso de los espermatozoides al útero, entre estos se encuentran los preservativos de uso masculino y femenino, así también el diafragma vaginal. (Santiago R.E, 2020) Son ideales para los adolescentes, ya que son baratos, seguros, accesibles, eficaces, se adaptan adecuadamente. (Ferrer A. , 2016) (salud, 2002) (Andrew M Kaunitz, 2018).

2.5.7.1 Preservativo Masculino

Es una funda, compuesta de látex muy delgado, el cual se coloca antes de la penetración con el pene erecto. Es de fácil acceso que no requiere receta médica, puede otorgarse tanto en centros de salud, hospitales, farmacias y/o consultas de planificación familiar, son de bajo costo, sin efectos secundarios para el varón, es de doble protección, si se coloca de forma adecuada previene de embarazos no deseados o planeados, así como de ETS. Su mecanismo de acción del preservativo, es la retención del semen dentro de la funda de látex, impidiendo su acceso al tracto genital superior y por ende la fecundación del óvulo y el embarazo. Su eficacia depende de su uso de forma adecuada durante el acto sexual, al uso correcto y constante, tasas de 3 embarazos por cada 100 mujeres por año y con el uso habitual tiene una eficacia de 14 embarazos por cada 100 mujeres por año. Tiene una efectividad del 97% para la prevención de embarazos y del 95% para la prevención de ETS. (Gonzales Marcos, 2019) (Díaz S., 2017). Tiene una tasa de rotura del 0.5 al 3% en el que se puede optar por un segundo método anticonceptivo como el de emergencia para evitar un embarazo. (Santiago R.E, 2020) (Schwarcz R.).

2.5.7.2 Preservativo Femenino

Es una funda de plástico holgada con un anillo flexible en cada extremo, uno de los anillos está en el extremo cerrado de la funda y al insertarse sirve de soporte en el cuello uterino, y el anillo exterior forma el borde extremo del dispositivo y se mantiene

fuera de la vagina después de ser insertado, protegiendo los labios y la base del pene durante el acto sexual. Compuesto de material de poliuretano, puede ser utilizado sin problemas y sin efectos secundarios. (Díaz S., 2017)

Es útil para la prevención de embarazos al bloquear el paso de forma física de los espermatozoides al aparato reproductor femenino y transmisión de ETS tanto viral como bacterianas. Entre sus desventajas es que es un dispositivo costoso y de uso solamente una vez. (Ferrer A. , 2016) (salud, 2002) (Peláez Mendoza, 2016).

2.5.7.3 Diafragma

El diafragma es un disco de látex de diferentes medidas, las adolescentes deben de utilizar el de 60 y 80mm, es flexible, el cual se introduce en el interior de la vagina cubriendo el cuello uterino para impedir el paso de los espermatozoides, debe de colocarse de 3 a 4 horas antes de tener relaciones sexuales, y mantenerlo hasta 6 horas después del coito, y no dejarlo por más de 24 horas para evitar el riesgo de infecciones. Debe de colocarse con espermicida, el cual debe de aplicarse si va a tener más de un coito. (Carmen Sánchez-Renata, 2016).

Entre las Ventajas: son reutilizables posterior a su lavado con agua y jabón, y las desventajas puede condicionar a infecciones de vías urinarias de forma repetitivas. (F.E.A., 2015) (Gonzales Marcos, 2019).

2.5.7.4 Espermicidas

Son sustancias químicas (nonoxinol-9, benzalconio), que se encargan de alterar el metabolismo de los espermatozoides inmovilizándolos e impidiendo su entrada al útero y por ende evitando un embarazo. Entre las presentaciones se encuentran las cremas, jaleas, espumas y óvulos; se colocan antes de cada relación sexual, por lo menos 10 minutos antes (comprimidos y óvulos), las jaleas, crema y espumas no tienen tiempo de espera. Tienen una duración de una hora. Puede fallar entre el 28 y el 19%, probabilidad de embarazo de 18 de cada 100 mujeres durante un año si se usa de forma adecuada; Como Desventajas puede provocar irritabilidad de la mucosa genital, olor y sabor desagradable, reacción alérgica, candidiasis vaginal. (Díaz S., 2017) (pediatrics., 2020) (M., 2015) (Valero L. P.).

2.6 Métodos Anticonceptivos Definitivos.

Son procedimientos que se otorgan de forma voluntaria, otorgan una protección permanente para evitar embarazos no deseados; se realizan por personal capacitado en área quirúrgica, en los centros de salud y/o hospitales. En la mujer es el método más utilizado a nivel mundial, consiste en cerrar y cortar o ligar y cortar las trompas de Falopio para impedir que los óvulos se unan a los espermatozoides y se conceda la fertilización. (Ferrer A. , 2016) (Salaud, 1993) (salud, 2002) (Schwarcz R.).

2.7 Estudios relacionados

En el año 2018 Luz Alejandra Cano-Colado, Arístides López-Wade en Teapa, Tabasco, México, realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar las causas del rechazo de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil en Vicente Guerrero, Teapa, Tabasco, México, fue un estudio descriptivo, transversal y observacional a través de entrevistas de campo con una muestra de 87 mujeres en edades de 26 años, en donde la causa más elegida de rechazo fue el temor a los efectos secundarios (28.7%), mitos y rumores sobre los métodos (21.8%) y la falta de conocimiento acerca de los métodos de planificación familiar (19.7%), en el que comparó un estudio que se realizó de forma similar en el estado de Sonora, México, utilizando una población de 61 pacientes con un rango de edad media de 27.1 años, en donde las principales causas de rechazo fueron los mitos y rumores (36.1%), temor a efectos secundarios (19.7%), religión (14.2%). (Cano, 2018).

En el año 2017 Severino-Vergara A. et al, en Santiago de Chile, se encargaron de estudiar la identificación de las motivaciones y elecciones anticonceptivas de las adolescentes del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA) y cómo influye la educación sanitaria al elegir finalmente un método anticonceptivo. Fue un estudio transversal de tipo cualitativo y un diseño exploratorio, con una muestra de 16 adolescentes de 15 a 19 años de edad que consultaron por primera ocasión el CEMERA, nuligestas, con solo uso de preservativo como método anticonceptivo, obteniendo como resultado a través de entrevistas encontraron que cursaban con nivel socioeconómico medio y bajo, estaban en pareja y solo la mitad había iniciado relaciones sexuales, adquirirían mejor conocimiento de los

múltiples métodos anticonceptivos y la forma correcta en cuanto a su uso, en las adolescentes que solo tenían información en sus colegios era menor el conocimiento que le proporcionaban en sus colegios o adquiridos por familiares o amigos. (Abigail Severiano-Vergara, 2017).

En el año 2017, Pilar Costillas-Caño et al, en Barcelona, España estudiaron que los elementos necesarios para ofrecer a la mujer un asesoramiento anticonceptivo de calidad con un enfoque multidisciplinar y adaptado a las necesidades del entorno. Obtuvieron como resultado en las reuniones que tuvieron dichos médicos en que la mujer en edad fértil y desde los primeros meses asistenciales aun sin incluir que el motivo de consulta sea el de anticoncepción debe de otorgársele asesoramiento, sobretodo a la población más vulnerable que son las adolescentes ya que las pone en situación de riesgo por embarazo adolescente, periodo prenatal o posparto, planificación familiar posparto para evitar embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos en los primeros 12 meses después del parto. (Costillas-Caño, 2017).

En el 2017 Sofía Gómez-Inclán et al, en la ciudad de México, se encargaron de estudiar el fenómeno de acceso a los métodos anticonceptivos en los adolescentes mexicanos a partir del modelo de Levesque y colaboradores, fue un estudio cualitativo con la técnica de grupos focales a través de una encuesta en una secundaria y preparatoria de la ciudad de México en el 2014, en la que llegaron a la conclusión que los adolescentes no conocen los mecanismos de atención de los métodos anticonceptivos, hay prejuicios por parte de los prestadores de servicios con una reacción negativa en el que la familia fue la fuente de información para la toma de decisiones. En su mayoría los adolescentes desconocen el sistema de salud, no conocen costos en caso de comprar ni los mecanismos para obtenerlos dentro del sistema de salud. (Gómez-Inclán, 2017).

En el 2016 Carmen Sánchez-Renata y Rolando Leiva-Granados estudiaron los factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven en Costa Rica, en un rango de edad de 15 a 35 años, a través de los datos de la Encuesta Nacional de Juventud 2007 y la metodología basada en el Modelo Probit binario relacionándolo con los sesgos de selección por Heckman, a través de

características personales y socioeconómicas , demostraron que la edad de la persona y su pareja, la estabilidad en la relación y ser de zona urbana son factores que disminuyen la probabilidad de uso de anticonceptivos, así como en mujeres con educación universitaria, tiene información sobre anticonceptivos e ITS, la frecuencia de las relaciones y contar con una relación familiar de apoyo son factores que incrementan el uso de métodos anticonceptivos. (Carmen Sánchez-Renata, 2016).

En el 2015 María C. Sánchez-Meneses y Rocío Dávila-Mendoza estudiaron el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud de la ciudad de México durante los meses de septiembre y octubre de 2014, en un rango de edad de adolescentes de 15 a 19 años con vida sexual activa, es un estudio observacional, descriptivo y transversal; muestra no probabilística de 120 adolescentes, con variables sociodemográficas, de conocimiento y de uso de métodos anticonceptivos, utilizaron estadística descriptiva e inferencial con pruebas U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis, con un nivel de significancia del 0.05. Obtuvieron como resultados que el nivel de conocimiento fue calificado como medio en 60.8% y bajo en 23.3%. El condón fue el método anticonceptivo mayormente utilizado (65.2%); y como método de barrera con mejor conocimiento con un 95.8% (Sánchez-Meneses M.C., 2015).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hablar sobre planificación familiar incluye un conjunto de prácticas utilizadas por la pareja, con mayor predominio en las mujeres, cuyo objetivo es controlar su reproducción y la descendencia; gracias a ello las personas pueden decidir cuál es el momento adecuado para ser padres, el número de hijos que desean tener, el disfrutar tener relaciones sexuales sin que implique conseguir un embarazo. (OMS, 2018).

México ocupa el primer lugar en el tema, entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años de edad. El mayor porcentaje de embarazos no planeado o no deseado se encuentra entre las mujeres de 15 a 19 años con el 40.6%, afecta negativamente la salud, la permanencia en la escuela, los ingresos presentes y futuros, el acceso a oportunidades recreativas, sociales y laborales especializadas y de calidad y el desarrollo humano. Además del embarazo, tener relaciones sexuales sin protección implica un riesgo permanente de adquirir una infección de transmisión sexual. Durante 2016 el 42.1% de los nacimientos en México fueron de madres de entre 10 y 17 años de edad. Según cifras Al rededor del 45% de las mujeres de 15 a 19 años no utilizó métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, lo que refleja la falta de información; este panorama refleja la importancia de implementar acciones para hacerle frente a este fenómeno multifactorial, en el que influyen aspectos como el acceso a consejería, métodos anticonceptivos y servicios de salud; la falta de información, el contexto familiar y social y la violencia, traducida a través del abuso psicológico y sexual.

Entre los beneficios de otorgar una educación sexual adecuada, a través de la información de los métodos anticonceptivos en los adolescentes, se encuentran: el promover relaciones sexuales seguras y responsables, obtenga una mejor calidad de vida, la prevención de embarazos no deseado o planeados, conlleven a que se realicen abortos inseguros, reducción en la mortalidad materna, fetales y/o infantil, mayor ocupación hospitalaria en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCI) y/o Neonatales (UCIN) por complicaciones en los embarazos en las adolescentes, complicaciones en la madre y/o hijo, deserciones escolares en los adolescentes, rechazo de los padres y la marginación de la sociedad, prevenir para

evitar contraigan enfermedades de transmisión sexual por la falta de uso de métodos anticonceptivos.

Ya que todo adolescente al igual que los adultos tiene derechos de recibir un trato respetuoso y digno en el otorgamiento de una información y consejería en el proceso de su consentimiento informado para el otorgamiento de métodos anticonceptivos y así lograr una adecuada planificación familiar.

Para ello es importante que durante su primera consulta de atención médica de primer nivel de atención, tanto el médico familiar y/o general, personal de enfermería, trabajos social, asistentes médicos y toda aquella persona capacitada en cuanto a métodos anticonceptivos, el adolescente sea escuchado en cuanto a sus necesidades, proyectos de vida, facilidad para la adquisición así como la obtención de su amplio conocimiento en cuanto al uso de los métodos anticonceptivos.

Para una correcta elección de los métodos anticonceptivos de utilidad para planificación familiar incluyen a nivel sociocultural, ético, religioso, psicológico, educacional, biológico, político, su empleo, la procedencia, la situación matrimonial, el número de integrantes de la familia, la edad y nivel socioeconómico de estos.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

En base al argumento previo se realiza el siguiente cuestionamiento:

¿Cuál es el nivel de conocimiento de la planificación familiar en los adolescentes y su relación con el de los métodos anticonceptivos, en primer nivel de atención?

4. JUSTIFICACIÓN

La planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre y responsable, sobre el número de hijos y el momento en que los tendrá; así como a recibir información sobre el tema y los servicios necesarios. Este derecho es independiente del sexo, la preferencia sexual, edad y el estado social o legal de las personas.

El uso de los métodos anticonceptivos ha aumentado ligeramente a nivel mundial, en especial Asia y América Latina, y bajo en el África subsahariana, de un 54% en 1990 a un 57,4% en 2015. A escala regional, la proporción de mujeres de 15 y 49 años que los usan se ha estabilizado entre 2008 y 2015. En África pasó de 23,6% a 28,5%; en Asia, de un 60,9% a un 61,8%, y en América Latina y el Caribe ha permanecido en 66,7%. (Andrew M Kaunitz, 2018) (INEGI, 2019). En México residen 124.9 millones de personas, de las cuales 51.1% son mujeres y 48.9% son hombres, con una relación de 96 varones por cada 100 mujeres. La tasa global de fecundidad para el trienio 2015 a 2017 es de 2 hijos por mujer, con predominio en localidades rurales con 3 hijos por mujer y las urbanas con 2 hijos por mujer. El porcentaje de mujeres que utilizan anticonceptivos es de 53.4%. El promedio de edad de inicio de vida sexual activa media es de 17.5 años, en la que el 59.4% no utilizaron métodos anticonceptivos en su primera relación sexual. Por entidad federativa, en el quinquenio 2013 a 2017 indica que los estados con mayor fecundidad son que Chiapas (2.80), Zacatecas (2.71) y Coahuila (2.53) y con menor fecundidad se encuentra la Ciudad de México (1.34) y en Tabasco con 2.21. (INEGI, 2019). En cuanto al porcentaje de conocimiento funcional global por tipo de método anticonceptivo, del 2014 fue del 94.4% en comparación con el del 2018 fue de 95.6% datos basados del ENADID. (INEGI, 2019) (Baxter, 2008)

Lo que ha condicionado que las razones de no hacer una planificación familiar por parte de los adolescentes es desconocimiento y uso de los diferentes tipos de métodos anticonceptivos, por cuestiones religiosas, culturales, económicas, inadecuadas creencias familiares y/o sociales, mitos, uso incorrecto del propio método anticonceptivo que utiliza, en el que hace cada vez aún mas poco eficaz los servicios y/o módulos de planificación familiar que existen en las unidades de primer nivel de atención; en la actualidad como personal de salud, se ha visto con mayor frecuencia el

inicio de vida sexual activa a muy temprana edad, los embarazos en adolescentes, embarazos no planificados, embarazos con periodo Intergenesico corto, partos prematuros, la frecuencia y/o complicaciones que pueden o no derivan en muertes materno-fetales así como la ocupación frecuente de los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCI) y/o Neonatales (UCIN). Para poder prevenir estas problemáticas se pueden aplicar sesiones educativas desde todos los niveles de educación acorde a su nivel de entendimiento y/o recepción de la información, aplicación de talleres a maestros, padres de familia de las escuelas; sesiones educativas en el instituto con la participación de todo el personal de salud, así como talleres para el personal de salud en cuanto a su actualización constante acerca del tema de planificación familiar y métodos anticonceptivos para que realicen una adecuada orientación y aplicación de estos a la población en etapa reproductiva de forma adecuada.

Motivo por el cual es de suma importancia que la población adolescente tenga acceso a una correcta planificación familiar y al conocimiento y uso adecuado sobre los métodos anticonceptivos, a través de la difusión otorgada por un equipo multidisciplinario, por el personal médico y/o enfermería, trabajo social, o toda aquella persona que se tenga contacto directo y/o indirectamente con la mujer y su pareja, para evitar los mitos que se tienen sobre estos, debido a que un método es aquel que impide o reduce de manera significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual que incluyen coito vaginal.

5. HIPOTESIS

5.1 Hipotesis nula:

El nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos no se relaciona con la planificación familiar en las adolescentes de 15 a 19 años, en una unidad de primer nivel de atención.

5.2 Hipotesis alterna:

El nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos no se relaciona con la planificación familiar en las adolescentes de 15 a 19 años, en una unidad de primer nivel de atención.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

Evaluar el nivel de conocimiento de planificación familiar y métodos anticonceptivos en los adolescentes, en primer nivel de atención.

6.2 Objetivos específicos:

1. Conocer el nivel de conocimiento sobre planificación familiar en las mujeres adolescentes derechohabientes de 15 a 19 años de edad, en primer nivel de atención.
2. Definir el nivel de conocimiento sobre métodos de planificación familiar en las adolescentes derechohabientes, en un rango de 15 a 19 años de edad, en una unidad de primer nivel de atención,
3. Evaluar la relación entre el nivel de conocimiento de planificación familiar y los métodos anticonceptivos en las mujeres adolescentes derechohabientes, de 15 a 19 años de edad, en una unidad de primer nivel de atención.
4. Describir las características sociodemográficas, clínicas y familiares de la población en estudio.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Tipo de investigación:

El estudio será descriptivo, transversal con enfoque analítico.

7.25.2 Universo

El universo lo conforma un total de población derechohabiente de la UMF 39, de Villahermosa, Tabasco corresponden a un total de 36,035 adolescentes en un rango de 15 a 19 años de edad, de los cuales se encuentran adscritas 3,141 mujeres, las cuales se tomarían como base y que deseen participar y responder la encuesta.

Muestreo: probabilístico a criterio del investigador.

7.3 Tamaño De La Muestra:

El registro de población se contó con un censo de 3141 pacientes de la delegación Tabasco, para la selección de la muestra se utilizó la fórmula para población finita, ya que de acuerdo a estudios realizados en diferentes poblaciones resulta representativa para el estudio, la cual presentamos a continuación:

$$n = \frac{N\sigma^2 Z_{\alpha}^2}{e^2(N-1) + \sigma^2 Z_{\alpha}^2}$$

En Donde tenemos que:

n : “Tamaño de la Muestra “

N : “Es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados)”

Z_{α} : “Es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos”

α : “Desviación estándar de la población, que generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5”

E “Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador”

Despejando la ecuación quedaría de la siguiente manera:

- n : Tamaño de la Muestra
- N : 3141 mujeres adolescentes de 15 a 19 años derechohabientes
- Z_{α} : 1.96
- α : 0.5.
- e : 0.07

$$n = \frac{3141 * 0.5^2 * 1.96^2}{0.07^2 * (3141 - 1) + 0.5^2 * 1.96^2}$$
$$n = \frac{3141 * 0.25 * 3.8}{0.006 * (3140) + 0.25 * 3.84}$$
$$n = \frac{785 * 3.8}{18.8 + 0.9}$$
$$n = \frac{2983}{19}$$

Entonces tenemos que n : 157

Por lo que se tomó una muestra de 157 personas para que sea representativa de la población total de estudio con un nivel de confianza del 95%

7.4 Criterios de selección:

7.4.1 Inclusión:

- Pacientes mujeres adolescentes, en un rango de 15 a 19 años de edad, que se encuentren adscritas a la UMF 39, de Villahermosa, Tabasco.
- Pacientes mujeres adolescentes, en un rango de 15 a 19 años de edad, que acepten participar en el estudio.
- Pacientes mujeres adolescentes, en un rango de 15 a 19 años de edad, que contesten el cuestionario completo.

7.4.2 5.4.2. Exclusión:

- Pacientes mujeres adolescentes, en un rango de 15 a 19 años de edad, con discapacidad mental para responder la encuesta.

- Pacientes mujeres adolescentes, en un rango de 15 a 19 años de edad, que no autoricen su consentimiento para la aplicación de la encuesta.

7.4.3 Criterios De Eliminación.

Pacientes que no contesten el cuestionario completo.

7.4.4 Variables

7.4.5 Variables dependientes:

Conocimiento, planificación familiar, métodos de planificación familiar, participación de la pareja, periodo Intergenesico, adolescente.

7.4.6 Variables independientes:

Edad, nivel de instrucción de la paciente, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico.

7.4.7 Operacionalización de las variables (Ver en anexos).

7.5 Método e instrumento de recolección de datos

Este estudio de investigación se realizó con previa autorización del comité de ética y CLIS 2701 se identificaron las pacientes mujeres en un rango de 15 a 19 años de edad, con ayuda del personal, el día que asistan a sus citas de valoración general, posteriormente se verificó que cumpliera con los criterios de inclusión, y se le explicó los objetivos y condiciones del proyecto de investigación, y posterior a su aprobación se firmó el consentimiento informado. Se aplicaron la encuesta de datos generales o características sociales y demográficas y de conocimiento sobre métodos de planificación familiar.

7.6 Instrumentos para la recolección de la información.

La encuesta sobre métodos de planificación familiar, es una encuesta de nombre: "Cuestionario de Evaluación del Nivel de Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes del 4° y 5° Grado de Educación Secundaria Básica Regular de la I. E. No. 0171-1 "Juan Velasco Alvarado" del Distrito de San Juan de Lurigancho, Lima 2018", realizada por las investigadoras Bach. Yesenia Cusiquispe Velasque y Bach. Yanina Pultay Sihui, de la Universidad María Auxiliadora (UMA) de la facultad de ciencias de la salud, escuela profesional de farmacia bioquímica, en Lima-Perú, en el año 2019, validada por Ma. Víctor Humberto Chero Pacheco el 15/06/2018,

el Dr. Rubén G. Gueva Mestanza el 13/06/2018 y por Randoc el 14/07/2019; la cual consta de 2 partes: la primera de 17 preguntas que incluye datos generales y sociodemográficos con datos de identificación general, que registra, título, número de la encuesta, edad, estado civil, religión, grado de instrucción, paridad, ocupación, edad de inicio de la primera relación, nivel socioeconómico, número de parejas que ha tenido, fecha de embarazo anterior, deseo del embarazo actual, fuente de información sobre métodos anticonceptivos, y la segunda parte acerca de los conocimientos y uso de los métodos anticonceptivos, consta de 23 preguntas de selección única estructurada de la siguiente manera: I).- los datos generales y el uso de los métodos anticonceptivos; II).- concepto; III).- importancia; IV).- tipos; V).- la frecuencia.

El nivel de conocimiento se determinará según el número de respuestas correctas de las pacientes derechohabientes de acuerdo al siguiente patrón de corrección: Primera parte, datos sociodemográficos y evalúa el conocimiento que tiene acerca de Planificación Familiar, 8= si, 9 = médico familiar, enfermería, centro de salud; 10= sí; 11=sí; 12= sí; 14= sí; 16= sí.

Y la forma de evaluación en cuanto a conocimiento de métodos anticonceptivos, fue a través de la segunda parte comprendiendo los apartados de concepto de métodos anticonceptivos, importancia de los métodos anticonceptivos, tipo de métodos anticonceptivos y frecuencia; con las siguientes respuestas: 4= e; 5= c; 6= d; 7= d; 8= d; 9= a; 10= d; 11= a; 12= b; 13= c; 14= a; 15= b; 16= c; 17= d; 18= a; 19= b; 20= c; 21= d; 22= d; 23= d.

Los resultados obtenidos se calificaron en dos partes, en cuanto a conocimiento de planificación familiar en una escala del 0-3 aciertos es Deficiente; de 4 a 7 aciertos es Adecuado; y en cuanto a la calificación del conocimiento de métodos anticonceptivos en una escala del 0 a 15 aciertos es Deficiente; de 1 a 20 aciertos es Adecuado los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos.

Los datos obtenidos de las encuestas serán concentrados en una base de datos conformada por las variables que describe la encuesta de auto aplicación del nivel sociodemográfico, nivel de conocimiento de planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos.

Se utilizará estadística descriptiva y medidas de tendencia central como Moda, mediana, desviación estándar, frecuencia, y así como estadística inferencias para determinar las relaciones del nivel de conocimiento, con las variables sociales y demográficas con formula de Chi cuadrada. Los datos obtenidos serán concentrados y analizados en el programa SPSS en su versión 24. Y representados en figuras y tablas de contingencia.

7.7 Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Se tomó en consideración lo que establece el Título Segundo: De los aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos. Capítulo I:

Artículo 13: en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto a estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14: la investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- Fracción I, se ajustó a los principios éticos y científicos que lo justificaron.
- Fracción V, se contó con el consentimiento informado y por escrito de cada participante de la investigación o su representante legal.
- Fracción VI, fue realizada por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano.
- Fracción VII y VIII Se llevara a cabo cuando con la autorización del titular de atención de la salud y de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71,73 y 88 de éste reglamento.

Artículo 16: proteger la privacidad del individuo sujeto de investigación.

Artículo 17, fracción II El estudio se consideró de riesgo mínimo para los participantes, debido a que se emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico y tratamiento rutinarios.

Para que el consentimiento informado fuera considerado existente, el sujeto de investigación recibió una explicación clara y completa, de tal forma que pudiera comprenderla, según el artículo 21 en sus fracciones I; II; III; IV; V; VI; VII; VIII y X.

Cumpliendo con las normas éticas internacionales de salvaguardar la integridad física, social y psíquica de los participantes en el estudio de investigación:

Se guardará el anonimato de cada uno de los participantes.

Aun cuando el procedimiento diagnóstico no pone en riesgo la vida e integridad física de las pacientes, sí se utilizaran maniobras invasivas, lo que obliga a la firma de la “carta de consentimiento informado para participar en estudios de investigación” con explicación clara y completa. (Artículo 20, 21) (Anexo 5).

Se respetara el derecho de no participación o la decisión de dejar inconcluso el cuestionario a aplicar. (Artículo 18). Las participantes tendrán prioridad de conocer los resultados del estudio.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

8. RESULTADOS

El objetivo de esta investigación se basa en evaluar el nivel de conocimiento en la planificación familiar en los adolescentes y su relación con el de los métodos anticonceptivos, en las adolescentes en un rango de 15 a 19 años de edad, derechohabientes de la Unidad De Medicina Familiar Número 39, perteneciente al Instituto Mexicano Del Seguro Social, Delegación Tabasco.

Así también la relación entre el conocimiento de los métodos anticonceptivos en las adolescentes con la planificación familiar, en una unidad de primer nivel de atención de la unidad médica antes mencionada; tomando en cuenta las características sociodemográficas.

8.1 Análisis Univariado

8.1.1 Características sociodemográficas.

Entre las características sociodemográficas de las pacientes estudiadas en rango de 15 a 19 años se encuentran las siguientes: siendo la **edad** de 16 años la predominante con un 23.6% (37 adolescentes), seguido de las de 15 años con el 22.3% (35 adolescentes); con una media de edad de $\bar{X}=16.89$ años, una desviación estándar de $s=1.44$, una mediana de $Md=17$ años y una moda de $Mo=16$ años, así como una edad mínima de 15 años y un máximo de 19 años. La **escolaridad** la mayor proporción se sitúa en el nivel de secundaria con el 45.2% (71 adolescentes), seguido de las que tienen Preparatoria con un 38.2% (60 adolescentes) y las que tienen un grado universitario con un 9.6% (15 adolescentes). El **estado civil** predominaron las solteras representando el 38.2% (60 adolescentes), seguida en orden de frecuencia por la Unión libre y las casadas con el 31.8% (50 adolescentes) y 28.7% (45 adolescentes), respectivamente. En cuanto a su **ocupación** predominó las estudiantes con el 47.1% (74 adolescentes), seguida de las Ama de casa o las que se dedican a labores del hogar con el 28% (44 adolescentes). La **religión** que profesan las pacientes y con mayor frecuencia es la católica con un 38.2% (60 adolescentes), seguido de la cristiana y la adventista con el 29.9% (47 adolescentes) y 25.5% (40 adolescentes) respectivamente. El **nivel socioeconómico** de las pacientes adolescentes, la mayoría pertenece al nivel socioeconómico medio con el 52.2% (82 adolescentes), seguido del

Nivel Bajo con el 44.6% (70 adolescentes) y con para el nivel alto tan solo el 3.2% (5 adolescentes).

Características Sociodemográficas De Adolescentes De 15 A 19 Años En Una Unidad De Primer Nivel De Atención. .		
Edad	F	%
15	35	22.3
16	37	23.6
17	26	16.6
18	29	18.5
19	30	19.1
Nivel de Escolaridad		
Primaria	3	1.9
Secundaria	71	45.2
Preparatoria	60	38.2
Carrera técnica	8	5.1
Universidad	15	9.6
Estado Civil		
Soltera	60	38.2
Casada	45	28.7
Divorciada	1	.6
Unión libre	50	31.8
Separada	1	.6
Ocupación		
Estudiante	74	47.1
Empleada	39	24.8
ama de casa o labores del hogar	44	28.0
Religión		
Católica	60	38.2
Adventista	40	25.5
Cristiana	47	29.9
Otras	10	6.4
Nivel Socio Económico		
Bajo	70	44.6
Medio	82	52.2
Alto	5	3.2
Total	157	100.0

Fuente: Cuestionario de evaluación de planificación familiar en los adolescentes y su relación con el conocimiento de los métodos anticonceptivos en primer nivel de atención.

8.1.2 Conocimiento Sobre Planificación Familiar

8.1.3 Percepción del Conocimiento Sobre Planificación Familiar En Adolescentes Derechohabientes, En Un Rango De 15 A 19 Años, En Una Unidad De Primer Nivel De Atención.

Acorde a los resultados obtenidos por el instrumento de recolección de información utilizado para determinar la percepción sobre el conocimiento de planificación familiar de las adolescentes de 15 a 19 años, el cual tiene mayor proporción un conocimiento deficiente con el 80.3% (126 adolescentes) y para el conocimiento adecuado con el 19.7% (31 adolescentes). Y en cuanto a la percepción de las adolescentes acerca del conocimiento de planificación familiar dicen no saber en un 53.5% (84 adolescentes) y con un 46.5% (73 adolescentes) refieren si saber de conocimiento de planificación familiar. Y la percepción que tienen las adolescentes acerca de los conocimientos de métodos anticonceptivos se obtuvo que el 52.9% (83 adolescentes) si lo tienen y el 47.1% (74 adolescentes) no saben.

Percepción De Conocimiento Sobre Planificación Familiar En Adolescentes De 15 A 19 Años En Una Unidad De Primer Nivel De Atención.		
Conocimiento de Planificación Familiar	f	%
Conocimiento Deficiente	126	80.3%
Conocimiento Adecuado	31	19.7%
¿Sabes que es Planificación Familiar?		
Si	73	46.5
No	84	53.5
¿Sabes que es un método anticonceptivo?		
Si	83	52.9
No	74	47.1
Total	157	100.0

Fuente: Cuestionario de evaluación de planificación familiar en los adolescentes y su relación con el conocimiento de los métodos anticonceptivos en primer nivel de atención.

8.1.4 Conocimiento Sobre Métodos Anticonceptivos En Adolescentes

Acorde a los resultados obtenidos del Instrumento de recolección utilizado para determinar el **conocimiento** de Métodos Anticonceptivos que tienen las pacientes adolescentes de 15 a 19 años; Observándose una mayor frecuencia en conocimiento deficiente con el 84.1% (132 pacientes) y para el conocimiento adecuado con el 15.9% (25 pacientes). En cuanto al **uso** de Métodos anticonceptivos las pacientes refieren con mayor frecuencia Si usar con un 44.6% (70 adolescentes) y las que No con un 29.9% (47 adolescentes). Con relación al **tipo** de Método anticonceptivo el Preservativo Masculino (parte de la pareja) es el más frecuente utilizado con un 36.3% seguido de las Píldoras anticonceptivas con un 27.4%; para el uso de Píldoras y Otros (Implante,

parches y DIU) con el 6.4% cada uno.

Conocimiento Y Uso De Métodos Anticonceptivos En Las Adolescentes De 15 A 19 Años En Una Unidad De Primer Nivel De Atención..		
Conocimiento de anticonceptivo	F	%
Conocimiento Deficiente	132	84.1
Conocimiento Adecuado	25	15.9
¿Usas algún método anticonceptivo?	F	%
No aplica	40	25.5
Si	70	44.6
No	47	29.9
¿Qué método anticonceptivo has utilizado?	F	%
No aplica	37	23.6
Preservativo Masculino (parte de tu pareja)	57	36.3
Píldoras anticonceptivas	43	27.4
Inyecciones anticonceptivas	10	6.4
Otros (implante, parches y DIU)	10	6.4
Total	157	100

Fuente: Cuestionario de evaluación de planificación familiar en los adolescentes y su relación con el conocimiento de los métodos anticonceptivos en primer nivel de atención.

8.2 Análisis Bivariado

8.2.1 Conocimiento de Métodos anticonceptivos y Planificación Familiar

Al analizar la relación entre el conocimiento de Métodos anticonceptivos y el conocimiento de Planificación Familia se muestra que el 72% (113 adolescentes) tienen desconocimiento de métodos anticonceptivo y desconocimiento de planificación familiar, siendo que a mayor desconocimiento de anticonceptivos mayores será el desconocimiento de Métodos de Planificación Familiar $N (X^2 = 14.98, g/1$ y un valor de $p = 0.00)$, significativa.

Conocimiento De Método Anticonceptivo Y Planificación Familiar De Las Pacientes Adolescentes De 15 A 19 Años En Una Unidad De Primer Nivel De Atención.						
Conocimiento de Métodos anticonceptivo	Conocimiento de Planificación Familiar		Total	X²	Gl	Valor de P
	Conocimiento Deficiente	Conocimiento Adecuado				

	F	%	F	%	F	%			
Conocimiento Deficiente	113	72.0	19	12.1	132	84.1			
Conocimiento Adecuado	13	8.3	12	7.6	25	15.9	14.98	1	0.00
Total	126	80.3	31	19.7	157	100.0			

Fuente: Cuestionario de evaluación de planificación familiar en los adolescentes y su relación con el conocimiento de los métodos anticonceptivos en primer nivel de atención.

8.2.2 Conocimiento de planificación familiar de las pacientes adolescentes de 15 a 19 años en una unidad de primer nivel de atención planificación familiar y sus características sociodemográficas.

Acorde a la relación que existe entre el conocimiento de planificación familiar y las características sociodemográficas encontramos que según la **edad**, la mayor frecuencia es de 16 años tiene un conocimiento deficiente con un 22.3%, N ($X^2 = 24.76$, $gl=4$ y un valor de $p = 0.00$), significativa. El nivel de **escolaridad** se muestra que las pacientes con secundaria tienen un desconocimiento deficiente de Planificación familiar con el 38.9%, con N ($X^2 = 10.64$, $gl=4$ y un valor de $p = 0.031$), significativa.. En relación con el **estado civil** las solteras tuvieron una mayor frecuencia de 32.5% en cuanto a conocimiento deficiente, con N ($X^2 = 6.62$, $gl=4$ y un valor de $p = 0.157$), no significativa. En la **ocupación** las estudiantes tienen mayor proporción con un 38.2% de desconocimiento deficiente, con N ($X^2 = 2.82$, $gl=2$ y un valor de $p = 0.243$), no significativa. La **religión** que predomina con el conocimiento deficiente de planificación familiar fue la católica con un 30.6% (48 adolescentes), con N ($X^2 = 3.29$, $gl=3$ y un valor de $p = 0.349$), no significativa. El **nivel socioeconómico** Medio de las pacientes tiene mayor frecuencia de conocimiento deficiente con el 39.5% (62), y con N ($X^2 = 2.43$, $gl=2$ y un valor de $p = 0.296$), No significativa.

Conocimiento de planificación familiar en relación a Las Características Sociodemográficas De Adolescentes De 15 A 19 Años En Una Unidad De Primer Nivel De Atención.					
Edad	Conocimiento de Planificación Familiar	Total	X^2	gl	Valor de P

	Conocimiento Deficiente		Conocimiento Adecuado		f	%			
	F	%	F	%					
15	31	19.7	4	2.5	35	22.3			
16	35	22.3	2	1.3	37	23.6			
17	24	15.3	2	1.3	26	16.6	24.76	4	0
18	20	12.7	9	5.7	29	18.5			
19	16	10.2	14	8.9	30	19.1			

Nivel de Escolaridad	Conocimiento de Planificación Familiar				Total		X ²	Gl	Valor de P
	Conocimiento Deficiente		Conocimiento Adecuado		f	%			
	F	%	f	%					
Primaria	2	1.3	1	0.6	3	1.9			
Secundaria	61	38.9	10	6.4	71	45.2			
Preparatoria	50	31.8	10	6.4	60	38.2	10.64	4	0.031
Carrera técnica	4	2.5	4	2.5	8	5.1			
Universidad	9	5.7	6	3.8	15	9.6			

Estado Civil	Conocimiento de Planificación Familiar				Total		X ²	gl	Valor de P
	Conocimiento Deficiente		Conocimiento Adecuado		f	%			
	f	%	f	%					
Soltera	51	32.5	9	5.7	60	38.2			
Casada	33	21	12	7.6	45	28.7			
Divorciada	1	0.6	0	0	1	0.6	6.62	4	0.157
Unión libre	41	26.1	9	5.7	50	31.8			
Separada	0	0	1	0.6	1	0.6			

Ocupa	Conocimiento de				Total	X ²	Gl	Valor de P
-------	-----------------	--	--	--	-------	----------------	----	------------

cación	Planificación Familiar						f	%	f	%	X ²	gl	Valor de P
	Conocimiento Deficiente		Conocimiento Adecuado		Total								
	f	%	F	%	f	%							
Estudiante	60	38.2	14	8.9	74	47.1							
Empleada	28	17.8	11	7	39	24.8							
ama de casa o labores del hogar	38	24.2	6	3.8	44	28	2.82	2	0.243				

Religión	Conocimiento de Planificación Familiar						Total	X ²	gl	Valor de P			
	Conocimiento Deficiente		Conocimiento Adecuado		Total								
	f	%	F	%	f	%							
Católica	48	30.6	12	7.6	60	38.2							
Adventista	32	20.4	8	5.1	40	25.5	3.29	3	0.349				
Cristiana	40	25.5	7	4.5	47	29.9							
Otras	6	3.8	4	2.5	10	6.4							

Nivel Socio Económico	Conocimiento de Planificación Familiar						Total	X ²	gl	Valor de P			
	Conocimiento Deficiente		Conocimiento Adecuado		Total								
	f	%	f	%	f	%							
Bajo	60	38.2	10	6.4	70	44.6							
Medio	62	39.5	20	12.7	82	52.2	2.43	2	0.296				
Alto	4	2.5	1	0.6	5	3.2							
Total	126	80.3	31	19.7	157	100							

8.3 Métodos Anticonceptivos

Acorde a la relación que existe entre el conocimiento de métodos anticonceptivos y las características sociodemográficas encontramos que según la **edad**, siendo la mayor

frecuencia de 16 años tiene un conocimiento deficiente con un 22.6% con N ($X^2 = 39.0$, $gl=4$ y un valor de $p = 0.00$), significativa. En cuanto al nivel de **escolaridad** se muestra que las pacientes con secundaria tienen un desconocimiento deficiente de Métodos anticonceptivos con el 43.3%, con N ($X^2 = 51.25$, $gl=4$ y un valor de $p = 0.000$), significativa. En relación con el **estado civil** las solteras tuvieron una mayor frecuencia de 34.4% en cuanto a conocimiento deficiente, con N ($X^2 = 8.17$, $gl=4$ y un valor de $p = 0.085$), no significativa. En cuanto a su **ocupación** las estudiantes tienen mayor proporción con un desconocimiento deficiente con el 42.0%, con N ($X^2 = 8.54$, $gl=2$ y un valor de $p = 0.014$), significativa. La **religión** que predominó con el conocimiento deficiente de Métodos anticonceptivos fue la religión católica con un 33.1% (52 adolescentes), con N ($X^2 = 6.04$, $gl=3$ y un valor de $p = 0.109$), no significativa. El **nivel socioeconómico** Medio de las pacientes tiene mayor frecuencia de conocimiento deficiente con el 45.9% (72), y con N ($X^2 = 3.38$, $gl=2$ y un valor de $p = 0.184$), No significativa.

Conocimiento de métodos anticonceptivos en relación a Las Características Sociodemográficas De Adolescentes De 15 A 19 Años En Una Unidad De Primer Nivel De Atención.									
Edad	Conocimiento de Métodos anticonceptivo				Total		X^2	gl	Valor de P
	Conocimiento Deficiente		Conocimiento o Adecuado.		f	%			
	f	%	F	%					
15	35	22.3	0	0	35	22.3	39	4	0
16	37	23.6	0	0	37	23.6			
17	26	16.6	0	0	26	16.6			
18	26	16.6	3	1.9	29	18.5			
19	8	5.1	22	14	30	19.1			

Nivel de Escolaridad	Conocimiento de Métodos anticonceptivo				Total		X^2	gl	Valor de P
	Conocimiento Deficiente		Conocimiento o Adecuado		f	%			
	f	%	F	%					
Primaria	3	1.9	0	0	3	1.9	51.25	4	0
Secundaria	68	43.3	3	1.9	71	45.2			
Preparatoria	53	33.8	7	4.5	60	38.2			

Carrera técnica	2	1.3	6	3.8	8	5.1			
Universidad	6	3.8	9	5.7	15	9.6			
Conocimiento de Métodos anticonceptivo									
Estado Civil	Conocimiento Deficiente		Conocimiento Adecuado		Total		X ²	gl	Valor de P
	f	%	F	%	f	%			
Soltera	54	34.4	6	3.8	60	38.2			
Casada	32	20.4	13	8.3	45	28.7			
Divorciada	1	0.6	0	0	1	0.6	8.17	4	0.085
Unión libre	44	28	6	3.8	50	31.8			
Separada	1	0.6	0	0	1	0.6			
Conocimiento de Métodos anticonceptivo									
Ocupación	Conocimiento Deficiente		Conocimiento Adecuado		Total		X ²	gl	Valor de P
	f	%	F	%	f	%			
Estudiante	66	42	8	5.1	74	47.1			
Empleada	27	17.2	12	7.6	39	24.8			
ama de casa o labores del hogar	39	24.8	5	3.2	44	28	8.54	2	0.014
Conocimiento de Métodos anticonceptivo									
Religión	Conocimiento Deficiente		Conocimiento Adecuado		Total		X ²	gl	Valor de P
	f	%	F	%	F	%			
Católica	52	33.1	8	5.1	60	38.2			
Adventista	36	22.9	4	2.5	40	25.5	6.04	3	0.109
Cristiana	38	24.2	9	5.7	47	29.9			
Otras	6	3.8	4	2.5	10	6.4			
Conocimiento de Métodos anticonceptivo									
Nivel Socio Económico	Conocimiento Deficiente		Conocimiento Adecuado		Total		X ²	gl	Valor de P
	f	%	F	%	f	%			
Bajo	55	35	15	9.6	70	44.6	3.38	2	0.184

Medio	72	45.9	10	6.4	82	52.2
Alto	5	3.2	0	0	5	3.2
Total	132	84.1	25	15.9	157	100

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

9. DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación es el nivel de conocimiento de la planificación familiar en los adolescentes y su relación con el conocimiento de los métodos anticonceptivos, en el primer nivel de atención, de la Unidad De Medicina Familiar número 39 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco.

El nivel de escolaridad obtenida de mayor proporción es de secundaria con 45.2% (71 adolescentes); un estado civil predominando las solteras con 38.2% y unión libre con 31.8%, en comparación con los estudios realizados por Carmen Sánchez-Renata y Rolando Leiva-Granados encontraron que los factores que disminuyen la probabilidad del uso de anticonceptivos, en mujeres con educación universitaria, tiene información sobre anticonceptivos e ITS, la frecuencia de las relaciones y contar con una relación familiar de apoyo son factores que incrementan el uso de métodos anticonceptivos. (Carmen; 2016: 1-8)

El conocimiento de Métodos Anticonceptivos según edad, la más frecuente de 16 años con un conocimiento deficiente del 22.6% con una $X^2 = 39.0$, $gl=4$ y un valor de $p = 0.00$, significativa. Comparándolo con estudios realizado por María C. Sánchez-Meneses y Rocío Dávila-Mendoza estudiaron el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud de la ciudad de México durante los meses de septiembre y octubre de 2014, en un rango de edad de adolescentes de 15 a 19 años con vida sexual activa, en una muestra no probabilística de 120 adolescentes con variables sociodemográficas, de conocimiento y de uso de métodos anticonceptivos, con nivel de significancia del 0.05. Obtuvieron como resultados que el nivel de conocimiento fue calificado como medio en 60.8% y bajo en 23.3% el condón fue el método anticonceptivo mayormente utilizado (65.2%); y como método de barrera con mejor conocimiento con un 95.8%, con una media de rango de edad de 16.9 años de las adolescentes. (Sánchez-Meneses MC y cols; 2015: 1-4).

10. CONCLUSIONES

En este estudio se llegó a la conclusión que al evaluar el nivel de conocimiento en la planificación familiar en los adolescentes y su relación con el de los métodos anticonceptivos, en primer nivel de atención, encontramos que las adolescentes de 15 a 19 años, tiene mayor proporción de un conocimiento deficiente con el 80.3% (126 adolescentes) y un conocimiento adecuado del 19.7% (31 adolescentes). Y en cuanto al uso de algún método anticonceptivo 70 si lo usan y 47 no lo usan y 40 adolescentes refieren no haber tenido relaciones sexuales aun.

En cuanto a las características sociodemográficas clínicas y familiares de las adolescentes encontramos de las pacientes estudiadas en rango de 15 a 19 años: la **edad** de 16 años predomina con un 23.6% (37 adolescentes), seguido de las de 15 años con el 22.3% (35 adolescentes); con una media de edad de \bar{X} =16.89 años, una desviación estándar de s =1.44, una mediana de Md = 17 años y una moda de Mo =16 años. La **escolaridad** de mayor proporción se sitúa en el nivel de secundaria con el 45.2% (71 adolescentes), seguido de las que tienen Preparatoria con un 38.2% (60 adolescentes) y las que tienen un grado universitario con un 9.6% (15 adolescentes). El **estado civil** predominaron las solteras representando el 38.2% (60 adolescentes), seguida en orden de frecuencia por la Unión libre y las casadas con el 31.8% (50 adolescentes) y 28.7% (45 adolescentes), respectivamente. En cuanto a su **ocupación** predominó las estudiantes con el 47.1% (74 adolescentes), seguida de las Ama de casa o las que se dedican a labores del hogar con el 28% (44 adolescentes). La **religión** que profesan las pacientes y con mayor frecuencia es la católica con un 38.2% (60 adolescentes), seguido de la cristiana y la adventista con el 29.9% (47 adolescentes) y 25.5% (40 adolescentes) respectivamente. El **nivel socioeconómico** de las pacientes adolescentes, la mayoría pertenece al nivel socioeconómico medio con el 52.2% (82 adolescentes), seguido del Nivel Bajo con el 44.6% (70 adolescentes) y con para el nivel alto tan solo el 3.2% (5 adolescentes).

En cuanto al nivel de conocimiento sobre métodos de planificación familiar en adolescentes derechohabientes, en un rango de 15 a 19 años, en una unidad de primer nivel de atención se encontró que en cuanto a la relación entre el conocimiento de Métodos anticonceptivos y el conocimiento de Planificación Familia se obtuvo que el

72% (113 adolescentes) tienen desconocimiento de métodos anticonceptivo y desconocimiento de planificación familiar, siendo que a mayor desconocimiento de anticonceptivos mayores será el desconocimiento de Planificación Familiar N ($X^2 = 14.98$, $g/1$ y un valor de $p = 0.00$), significativa.

11. RECOMENDACIONES

Realizar diversas intervenciones educativas desde el nivel básico hasta el nivel superior, acorde a su capacidad de entendimiento y/o lenguaje de las personas, sobre su sexualidad por parte de la secretaria de salud para empezar a educar a la población desde edades pequeñas.

Implementar sesiones educativas a través de documentales, trípticos, folletos, revistas educativas, a población derechohabiente y abierta sobre los diferentes métodos anticonceptivos y planificación familiar, ya que si la persona tiene adecuados y buenos conocimientos y cimientos de los métodos anticonceptivos, podrá planificar adecuadamente, sin necesidad de llegar a los extremos de la vida reproductiva (prematura y adulto no joven) para disfrutar adecuadamente de las etapas del ciclo vital familiar.

Dar mayor difusión a las sesiones educativas otorgadas en las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención médica, siendo la información acorde a las características de su nivel sociodemográfico, para evitar controversias religiosas, culturales, costumbres y despejar los diferentes mitos y/o creencias que se tiene en la población en general, incluyendo desde niños, ambos padres de familia, adultos mayores, maestros, personal de limpieza, oficinistas, entre otras múltiples profesiones no relacionadas con el sector salud así también a los trabajadores del sector salud carente de conocimientos en cuanto a anticonceptivos y planificación familiar.

Implementar en los diferentes medios de comunicación información científica adecuada sobre los métodos anticonceptivos y la planificación familiar, para que a través de estos se propaguen los conocimientos a toda la población, en especial a los adolescentes, y así evitar que estos experimenten una etapa del ciclo vital familiar que aun por su edad no les corresponden vivirla.

Los beneficios y los contras acerca de los métodos de anticonceptivos, no solo debe de conocerse, sino también ampliarle el panorama en cuanto a el tiempo estimado de uso de los anticonceptivos, para evitar a largo plazo cuando la adolescente se encuentre en edad adulta y desee procrear, no lo podrá concebir al ocasionar una infertilidad por sustancias químicas (anticonceptivos hormonales).

Al tener una adecuada respuesta por parte de la población adolescente se evitarían el alza en la incidencia de las complicaciones y/o morbimortalidad materno-fetales, materno-neonatales, y perinatales.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Costillas-Caño, P. C.-G.-P.-L.-A.-S.-A. (2017). buenas practicas en el asesoramiento anticonceptivo a mujeres: recomendaciones del grupo de expertos multidisciplinar en materia anticonceptiva (EMMA). . *medicina reproductiva y embriologia clinica*, 1-10.
- 2.- Abigail Severiano-Vergara, A. V.-M.-M.-A. (2017). anitconcepcion en la adolescencia: motivaciones, elecciones y educacion sanitaria en un centro de medicina reproductiva de chile . *matronas profesion* , 144-151.
- 3.- Alemán, R., Cortés, I., & C., P. (febrero de 2013). concomientos y comportamienots sobre planificacion familiar enfermedades de transmision sexual en estudiantes de enfermeria. *medigraphic.org.mx*, 19-25.
- 4.- Andrew M Kaunitz, M. (2018). *asesoramiento y seleccion de anticonceptivos*. uptodate.
- 5.- Anes A., D. J. (s.f.). Llos metodos anticonceptivos, como son, como actuan, sus ventajas, sus inconvenientes . *Ministerio de sanidad, servicio territorial de salud publica. Subdireccion de promocion de la salud y prevencion. consejeria de sanidad comunidad de madrid* .
- 6.- Baxter, R. H. (2008). Salud Sexual y Reproductiva Animal Genetics. 561-563.
- 7.- Carmen Sánchez-Renata, R. L.-G. (2016). factores incidentes en el uso de metodos anticonceptivos en la poblacion adolescente y adulta joven en costa rica. *poblacion y salud e mesoamerica*, 14(1).
- 8.- Díaz S., S. V. (2017). ¿qué y cuáles son los metodos anticonceptivos? *instituto chileno de medicina reproductiva* .
- 9.- ecured.cu. (2018). *Riesgo reproductivo*. cuba.
- 10.- F.E.A., R. J. (mayo de 2015). Anticoncepcion ¿que necesitan los adolescentes? adolescente. *revista de formacion continuada de la sociedad española de medicina de la adolescencia*, III(269).
- 11.- Ferrer A. . (2016). Procedimiento de planififación familiar en las unidades médicas del instituto mexicano del seguro social 2230-003-001. En F. A., *procedimiento de planificación familiar en las unidades médicas del instituto mexicanodel seguro social*. (págs. 1-527). méxico: imss.
- 12.- Frías Osuna, A. V.-J.-S. (2014). Metodos anticonceptivos. Manual practico de enfemreria comunitaria. *Elsevier España* , 437-444.
- 13.- Gómez-Inclán, S. &.-A. (2017). El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de Mexico. *Salud Publica de México*, 236-247.

- 14.- Gonzales Marcos, R. R. (2019). *Taller en la anticoncepcion en la adolescencia*.
- 15.- Hessen, J. (2015). *El origen del conocimiento. Teoria del Conocimiento*. instituo latinoamericano de ciencia y artes ILCA.
- 16.- IMSS. (2018). *imss.gob.mx*. Obtenido de *imss.gob.mx*: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar>
- 17.- INEGI, C. E. (2019). *Comunicado de prensa No. 244/19*. México.
- 18.- Luz Alejandra Cano-Collado, A. L.-W. (2018). rechazo de metodos anticonceptivos en mujeres en edad fertil en vicente guerrero, teapa tabasco, mexico. *salud en tabasco*, 24(1 y 2).
- 19.- M., M. C. (abril de 2015). Anticoncepcion en la adolescencia y situaciones especiales. *revista especialidad endocrinologia pediatrica*, 1-9.
- 20.- Mariam R Chacko, M. (2018). Anticoncepcion: problemas especificos de los adolescentes . *uptupdate*.
- 21.-nacion, M. d. (2015). metodos anticonceptivos. Guia practica para profesionales de la salud. *asociacion medica argetina de anticoncepcion*, 1-293.
- 22.- Nations, U. (2015). *Trends in Contraceptive Use Worldwide*. New York.
- 23.- Natios, U. (2017). Family Planning and the 2030 Agenda for sustainable Development . *United Natios Department of Economic and Social Affairs*, 1-24.
- 24.- Neyfeth Posada Morales, M. &. (2015). Conocimientos previos acerca de métodos anticonceptivos y su relación con conocimientos adquiridos despues de una intervencion educativa con simulador. *Revosta enfermeria actual en costa rica*, 1409-4568.
- 25.- OMS. (2018). *Contracepción. Planificación familiar*.
- 26.- Organizacion Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones sobre practicas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. OMS.
- 27.- Panneflex, P. L. (2016). conocimientos, creencias y practicas de los adolescentes de la cultura caribe en anticoncepcion. *cuidarte*, 10-15.
- 28.- pediatrics., A. a. (2020). Metodos anticonceptivos eficaces para los adolescentes sexualmente activos . *healthychildren.org*.
- 29.- Peláez Mendoza, J. (2016). El uso de metodos anticoncetivos en la adolescencia. *cubana de obstetricia y ginecologia*.
- 30.-publica, D. g. (s.f.). Guia de metodos anticonceptivos. *junta de comuniades de castilla la mancha, consejeria de salud y bienestar social*.

- 31.-publica, I. n. (2020). Uso de metodos anticonceptivos en adolescentes. *instituto nacional de salud publica*.
- 32.- reproductiva, G. d. (2010). Manual de trabajo interinstitucional sobre salud reproductiva en escenarios humanitarios . En G. d. reproductiva, *Manual de trabajo interinstitucional sobre salud reproductiva en escenarios humanitarios* (págs. 4-218).
- 33.- Rogel S., S. Z. (2020). La planificacion familiar: beneficios, recomendaciones y metodos. *reproduccion asistida ORG*.
- 34.- Salud, S. d. (1993). NOM 005-SSAA2-1993 Planificación familiar . En s. d. salud, *NOM 005 Planificación familiar* (págs. 1-58). México.
- 35.- salud, s. d. (2002). Introduccion a los metodos anticonceptivos: informacion general. México, D.F., D.F., México.
- 36.- Sánchez-Meneses M.C., D.-M. R.-R. (abril a junio de 2015). conocimiento y uso de metodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *ScienceDirect*, 22(2), 35-38.
- 37.- Santiago R.E, C. N. (2020). Los metodos anticonceptivos: tipos, eficacia, riesgos y precios. *reproduccion asistida. org*.
- 38.- Schwarcz R., C. R. (s.f.). Guia para el uso de metodos anticonceptivos. *ministerio de salud de la nacion octubre 2002 direccion nacional de salud materno infantil equipo de salud reproductiva materno perinatal*.
- 39.- Valero L. P., R. V. (s.f.). planificacion familiar informacion general y seguimiento de anticonceptivos orales . *guia de actuacion clinica en A.P.*, 1-31.
- 40.- Valles N., L. d. (2016). Anticoncepcion en la adolescencia. *SEMERGEN*, 1-10.
- 41.- Vargas-campuzano, E. (2017). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Revista medica Instituto Mexicano del Seguro Social* , 1-7.

13. ANEXOS

13.1 Anexo 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES O REPRESENTANTES LEGALES DE NIÑOS O PERSONAS CON DISCAPACIDAD.



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

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (padres o representantes legales de niños o personas con discapacidad)

Nombre del estudio:	PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CONOCIMIENTO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Villahermosa, Tabasco
Número de registro institucional:	Proceso en tramite
Justificación y objetivo del estudio:	En la actualidad como personal de salud, se ha visto con mayor frecuencia el inicio de vida sexual activa a muy temprana edad, los embarazos en adolescentes, embarazos no planificados, embarazos con periodo intergenésico corto, partos prematuros, la frecuencia y/o complicaciones que pueden o no derivan en muertes materno-fetales así como la ocupación frecuente de los servicios de unidad de cuidados intensivos adultos (UCI) y/o neonatales (UCIN) según sea el caso, debido a fallas del propio método anticonceptivo que utiliza, por mitos y desconocimiento en cuanto a su uso, en el que hace cada vez aún mas poco eficaz los servicios y/o módulos de planificación familiar que existen en las unidades de primer nivel de atención.
Procedimientos:	Se seleccionan a los pacientes acorde a los criterios de inclusión, para que proporcionen datos personales sociodemográficos a través de la aplicación de una encuesta y medir el nivel de conocimiento y uso de los métodos de planificación familiar.
Posibles riesgos y molestias:	Incomodidad al contestar la encuesta.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Valorar el nivel de conocimiento y el uso de los métodos anticonceptivos en las adolescentes de 15 a 19 años de edad, derechohabientes.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No aplica
Participación o retiro:	Usted puede participar o retirarse en el momento que lo desee sin repercusiones
Privacidad y confidencialidad:	Salvaguardaremos sus datos de privacidad y confidencialidad mediante uso de folio.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

<input type="checkbox"/>	No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ___ años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigadora o Investigador Responsable: Dr. Ricardo González Anoya. Celular: 9933110529; Correo: anoyar@hotmail.com/ Dr. José Manuel Wood Notario. Celular: 9931778173; Correo: joss.wood@hotmail.com

Colaboradores: Dra. Brenda Paola López García. Celular: 9932847275; Correo: paolalopez13mx@yahoo.com.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal
Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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: 2810-009-014

13.2 Anexo 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MENORES DE EDAD (8 A 17 AÑOS)



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

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

Nombre del estudio: PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CONOCIMIENTO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Número de registro institucional Proceso en trámite

- Objetivo del estudio y procedimientos En la actualidad como personal de salud, se ha visto con mayor frecuencia el inicio de vida sexual activa a muy temprana edad, los embarazos en adolescentes, embarazos no planificados, embarazos con periodo Intergenesico corto, partos prematuros, la frecuencia y/o complicaciones que pueden o no derivan en muertes materno-fetales así como la ocupación frecuente de los servicios de unidad de cuidados intensivos adultos (UCI) y/o neonatales (UCIN) según sea el caso, debido a fallas del propio método anticonceptivo que utiliza, por mitos y desconocimiento en cuanto a su uso, en el que hace cada vez aún mas poco eficaz los servicios y/o módulos de planificación familiar que existen en las unidades de primer nivel de atención.

Hola, mi nombre es Dra. Brenda Paola López García R3 MF. y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de Valorar la Planificación Familiar En Los Adolescentes Y Su Relación Con El Conocimiento De Los Métodos Anticonceptivos En Las Adolescentes De 15 A 19 Años De Edad, Derechohabientes. y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en contestar una encuesta.

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

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

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

Sí quiero participar

Nombre: _____

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

Fecha: _____

Clave: 2810-009-014

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Carta De Consentimiento Informado Para Participación En Protocolos De Investigación	
Nombre del estudio:	PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON EL CONOCIMIENTO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
Patrocinador externo	No aplica
Lugar y Fecha:	Villahermosa, Tabasco a
Número de registro:	Proceso de tramite
Justificación y objetivo del estudio:	En la actualidad como personal de salud, se ha visto con mayor frecuencia el inicio de vida sexual activa a muy temprana edad, los embarazos en adolescentes, embarazos no planificados, embarazos con periodo intergenésico corto, partos prematuros, la frecuencia y/o complicaciones que pueden o no derivan en muertes materno-fetales así como la ocupación frecuente de los servicios de unidad de cuidados intensivos adultos (UCI) y/o neonatales (UCIN) según sea el caso, debido a fallas del propio método anticonceptivo que utiliza, por mitos y desconocimiento en cuanto a su uso, en el que hace cada vez aún mas poco eficaz los servicios y/o módulos de planificación familiar que existen en las unidades de primer nivel de atención.
Procedimientos:	Se seleccionan a los pacientes acorde a los criterios de inclusión, para que proporcionen datos personales sociodemográficos a través de la aplicación de una encuesta y medir el nivel de conocimiento y uso de los métodos de planificación familiar.
Posibles riesgos y molestias:	Incomodidad al contestar la encuesta.
Posibles beneficios que recibirá en el estudio:	Valorar el nivel de conocimiento y el uso de los métodos anticonceptivos en las adolescentes de 15 a 19 años de edad, derechohabientes.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No aplica
Participación o retiro:	Usted <u>puede</u> participar o retirarse en el momento que lo desee sin repercusiones
Privacidad y confidencialidad:	Salvaguardaremos sus datos de privacidad y confidencialidad mediante uso de folio.
Declaración de consentimiento:	Después de haber leído y habiéndome explicado y aclarado todas mis dudas acerca de este estudio:
	<input type="checkbox"/> NO autorizo (familiar o representando) participar en el estudio <input type="checkbox"/> Si autorizo (familiar o representando) participar en el estudio y que mis datos sean usados confidencialmente (omitiendo mi nombre) en foros científicos de investigación institucional, congresos y reportes para su conocimiento en otras unidades médicas.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador responsable:	Dr. Ricardo González Anoya. Celular: 9933110529; Correo: anoyar@hotmail.com/ Dr. José Manuel Wood Notario. Celular: 9931778173; Correo: joss.wood@hotmail.com
Colaboradores:	Dra. Brenda Paola López García. Celular: 9932847275; Correo: paolalopez13mx@yahoo.com.mx
En caso de dudas o aclaración sobre sus derechos como participantes podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNI del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP. 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 ext. 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación sin omitir información relevante del estudio.	

13.2 Anexo 4. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN



UNIVERSIDAD JUAREZ AUTONOMA DE TABASCO
División Académica de Ciencias de la Salud Posgrado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Dirección de prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud.
Coordinación de Investigación en Salud.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA MEDIR EL CONOCIMIENTO Y USO DE METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA EN ADOLESCENTES, EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

INTRUCCIONES: Lea detenidamente cada pregunta y responda de acuerdo como se indica:

Numero de encuesta _____

PRIMERA PARTE

- 1) **Edad:** _____ años
- 2) **Nivel De Estudio y Grado de Estudio:** marca con una X y coloca el grado:
 - Analfabeta _____
 - Primaria _____
 - Secundaria _____
 - Preparatoria _____
 - Carrera técnica _____
 - Licenciatura/universidad _____
- 3) **Estado Civil:** Soltera ____, Casada ____, Divorciada ____, Viuda ____, Unión Libre ____, Separada ____
- 4) **Ocupación:**
 - Estudiante ____, empleada ____, obrera ____, comerciante ____, actividades varias ____, ama de casa o labores del hogar ____, desempleado ____
 - Puesto De Trabajo _____
- 5) **Religión:**
 - Católica ____, adventista ____, cristiana ____, otra _____
- 6) **Con quien vives:** solo ____, padres ____, esposo o pareja ____, amigos ____,
- 7) **Nivel Socioeconómico:** Bajo ____, Medio ____, Alto _____
- 8) **Sabes que es un método anticonceptivo:** si _____, no _____
- 9) **¿Cómo has adquirido El conocimiento que tienes sobre los métodos de planificación familiar a través de?:**
 - Revistas _____, Periódicos _____, Libros _____,
 - El Medico Familiar De Tu consultorio de la unidad de medicina familiar De Adscripción ____, Enfermeras Del Módulo De Medicina Preventiva De Tu unidad de medicina familiar de adscripción ____, centro de salud de tu colonia _____
 - Familiares _____, Amigos _____, Otros: _____
- 10) **¿Sabes qué es planificación familiar?:** si _____, no _____.
- 11) **¿Sabías que existe el módulo de planificación familiar en tu unidad de medicina familiar de adscripción?:** si _____, no _____
- 12) **¿Sabes que es un periodo Intergenesico?:** si _____, no _____



- 6) **¿Qué sucede si no usas correctamente un método anticonceptivo?:**
1. Puede haber embarazo
 2. Puede haber contagio de alguna infección de transmisión sexual
 3. Disminuye su efectividad
 4. Todas las anteriores.
- 7) **¿Qué método anticonceptivo consideras en no tener relaciones sexuales durante los días fértiles?:**

1. Diafragma
2. Espermicida
3. T de cobre
4. Método del Ritmo

- 8) **- ¿Qué método anticonceptivo contiene hormonas?**

1. T de cobre
2. Vasectomía
3. Preservativo (condón)
4. Pastillas anticonceptivas

- 9) **¿Cuáles de los siguientes métodos es el mejor para evitar un embarazo?:**

1. Preservativo
2. T de cobre
3. Espermicidas
4. Vasectomía

- 10) **Los métodos anticonceptivos orales combinados son....:**

- a. Levonorgestrel
- b. Etinilestradiol
- c. Estrógenos
- d. Estrógenos y progestágenos

III.- IMPORTANCIA

- 11) **¿Además de protegerte de un embarazo que otro beneficio importante tienen los métodos anticonceptivos de barrera?**

- a. Previenen las infecciones de transmisión sexual
- b. Son permanentes
- c. No engordan
- d. Tiene larga duración

- 12) **¿Qué método anticonceptivo es el único que nos protege de las infecciones de transmisión sexual?**

- a. Diafragma
- b. Preservativo
- c. Píldora del día siguiente
- d. T de cobre

- 13) **Es importante consultar el uso de los métodos anticonceptivos con....**

- a. Amigos o amigas que tienen más experiencia
- b. Algún familiar
- c. Un especialista
- d. Nadie, puedo usar uno que leí, vi o escuche por ahí.

IV.- TIPO

- 14) **¿No pertenece a un método anticonceptivo permanente?**

- a. T de cobre
- b. Ligadura de trompas
- c. Vasectomía
- d. Todas las anteriores

- 15) **El preservativo femenino es un método anticonceptivo de tipo....**

- a. Esterilización
- b. Barrera
- c. Hormonal o químico
- d. Permanente

- 16) **El método del ritmo es de tipo....**

- a. Hormonal o químico
- b. Esterilización



- c. Natural d. Permanente

17) Los métodos anticonceptivos inyectables son....

- a. Un método anticonceptivo permanente
b. Un método anticonceptivo tipo barrera
c. Eficaces contra las infecciones de transmisión sexual
d. Un método anticonceptivo hormonal o químico

V.- FRECUENCIA

18) La pastilla del día siguiente es un método anticonceptivo que....

- a. Solo debe usarse luego de tener una relación sexual sin protección anticonceptiva
b. Se toma todos los días
c. Puede utilizarse máximo 10 veces al año
d. Se usa permanentemente

19) ¿Cuándo debe empezarse a tomar las pastillas anticonceptivas para ser eficaces?

- a. Luego de la menstruación
b. El primer día del período menstrual
c. Antes de la menstruación
d. El último día del periodo menstrual

20) ¿Cada cuánto tiempo se aplica los inyectables anticonceptivos?

- a. Cada mes
b. Cada 2 meses
c. Hay una de aplicación mensual (cada mes) y trimestral (cada 3 meses)
d. Cada 3 mese

21) ¿Cuántas veces puedo usar el mismo preservativo?

- a. 2 veces, solo se usa con la misma persona
b. Máximo tres veces
c. Se pueden reusar o usar en otra ocasión
d. Solo una vez

22) ¿En qué momento se debe tomar la pastilla del día siguiente o de emergencia?

- a. 10 minutos antes de tener relaciones sexuales
b. 1 hora antes de tener relaciones sexuales
c. Al día siguiente de haber tenido relaciones sexuales
d. Se debe de tomar lo antes posible después del acto sexual (máximo 72 horas después)

23) Un preservativo es más seguro cuando...

- a. Nos lo ponemos una vez iniciado el acto sexual
b. Nos lo ponemos antes de eyacular
c. Nos lo podemos poner en cualquier momento del acto sexual
d. Nos lo ponemos antes de iniciar el acto sexual.

Gracias por participar....



13.3 ANEXO 5 VARIABLES

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	VARIABLE/ESCALA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CODIFICACIÓN	ESTADISTICO
VARIABLES DEPENDIENTES					
CONOCIMIENTO	Cualitativa Dicotómica Nominal	Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.	Información que posee una persona de un tema en específico	1.- Adecuado 2.- Deficiente	Frecuencia, Porcentaje y pruebas de asociación.
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Cualitativa Dicotómica Nominal	Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre y responsable, sobre el número de hijos y el momento en que los tendrá; así como a recibir información sobre el tema y los servicios necesarios. Este derecho es independiente del sexo, la preferencia sexual, edad y el estado social o legal de las personas.	Nivel de planeación que posee una persona para generar otros individuos a la sociedad.	1.- Adecuado 2.- Deficiente	Frecuencia y porcentaje
MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Cualitativa Politémica Ordinal	Es aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual que incluyen coito vaginal. Los métodos que se administran después de mantener relaciones sexuales se denominan anticonceptivos de emergencia.	Instrumentos empleados para impedir embarazos.	1.- naturales 2.- orales 3.- inyectables 4.- de barrera 5.- permanentes	Frecuencia y porcentaje
PARICIPACIÓN DE LA PAREJA.	Cualitativa Dicotómica a Nominal.	Es la acción y efecto de participar entre dos personas de diferente sexo, es decir, podrá implicar la toma o recepción de parte de algo, compartir algo, dar noticia a alguien de algo.	Acto de comunicación entre dos personas para llegar a un acuerdo.	1.- si 2.- no	Frecuencia y porcentaje
PERIODO INTERGENESICO	Cualitativa Dicotómica Ordinal	Se refiere al período de tiempo comprendido entre dos nacidos vivos consecutivos	Es el tiempo medido de un embarazo.	1.- corto 2.- prolongado.	Frecuencia y porcentaje
ADOLESCENTE	Cualitativa Dicotómica Nominal	Es el período de la vida que se ubica entre la niñez y la adultez, si lo tenemos que ubicar temporalmente en una edad determinada, la adolescencia comprendería más o menos desde los 13 y 14 años hasta los 20 años aproximadamente.	Etapas en la vida de un ser humano.	1.-femenino	Frecuencia y porcentaje
NOMBRE DE LA VARIABLE	VARIABLE/ESCALA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CODIFICACIÓN	ESTADISTICO
VARIABLES INDEPENDIENTES/SOCIODEMOGRAFICAS.					



EDAD	Cuantitativa a Continua a Ordinal.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento	Años cumplidos de un ser humano.	1. 15 2. 16 3. 17 4. 18 5. 19	Medidas de tendencia central, Frecuencia porcentaje y
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA PACIENTE	Cualitativa Continua Ordinal	Grado escolar que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Nivel de estudios máximos de una persona	1. Analfabeta 2. Primaria incompleta 3. Primaria 4. Secundaria 5. Preparatoria 6. Carrera técnica 7. Licenciatura	Frecuencia y porcentaje
ESTADO CIVIL	Cualitativo Discreta Ordinal.	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación matrimonial, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.	Instrumento de medición del nivel sociodemográfico	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre 6. Separado	Frecuencia y porcentaje
OCUPACIÓN	Cualitativo Continua Nominal.	Acto de ocupar, Hecho de estar ocupado. Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa	Actividad de labores a las que se dedica actualmente	1. Estudiante 2. Empleado 3. Obrero. 4. Comerciante 5. Actividades varias 6. Ama de casa o labores del hogar. 7. Desempleado.	Frecuencia y porcentaje
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Cualitativa Continua Ordinal.	Conjunto de variables económicas, sociológicas, educativas y laborales por las que se clasifica a un individuo o un colectivo dentro de una jerarquía social.	Nivel de posición socioeconómica y cultural de una persona	Alto Medio Bajo	Frecuencia y porcentaje



13.4 Anexo 6. Imagen 1.- Clasificación De Los Métodos Anticonceptivos.

