



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL REGIONAL  
CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1  
“LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ”

**CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE MUJERES QUE NO ACEPTAN  
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POST EVENTO OBSTÉTRICO ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DE  
CUERNAVACA, MORELOS**

NÚMERO DE REGISTRO SIRELCIS: **R-2023-1701-028**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**PALOMA MARBÁN NÁJERA**

ASESORAS DE TESIS

**M. C. JESABEL CRUZ MIRANDA  
D. C. ROSALBA MORALES JAIMES**

CUERNAVACA, MORELOS. SEPTIEMBRE 2023



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud 1701.  
H GRAL REGIONAL -MF- NUM 1

Registro COFEPRIS 18 CI 17 007 032  
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 17 CEI 004 2018121

FECHA Lunes, 28 de agosto de 2023

Doctor (a) JESABEL CRUZ MIRANDA

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de Investigación con título "**Caracterización sociodemográfica de mujeres que no aceptan métodos anticonceptivos post evento obstétrico atendidas en el Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 de Cuernavaca, Morelos**". que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2023-1701-028

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**ROBERTO GONZALEZ CARCAÑO**

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1701

Imprimir

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE MUJERES QUE NO ACEPTAN  
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POST EVENTO OBSTÉTRICO ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DE  
CUERNAVACA, MORELOS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**PALOMA MARBÁN NÁJERA**  
MÉDICA RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

**A U T O R I Z A C I O N E S:**

---

**DRA. AMELIA MARISA LEIVA DORANTES**

COORD. DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

---

**DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ**

COORD. AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

---

**DR. MARCO ANTONIO LEÓN MAZÓN**

ENC. COORD. AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD

---

**DRA. SARAHÍ RODRÍGUEZ ROJAS**

COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

---

**DR. CIDRONIO ALBAVERA HERNÁNDEZ**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR

**ASESORAS DE TESIS**

---

**M. C. JESABEL CRUZ MIRANDA**

MÉDICA ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
UMF NO.20 CUERNAVACA, MORELOS

---

**D. C. ROSALBA MORALES JAIMES**

MÉDICA ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
UMF NO.3 JIUTEPEC, MORELOS

CUERNAVACA, MORELOS. SEPTIEMBRE 2023

**CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE MUJERES QUE NO ACEPTAN  
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POST EVENTO OBSTÉTRICO ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR NO.1 DE  
CUERNAVACA, MORELOS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**PALOMA MARBÁN NÁJERA**  
MÉDICA RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

---

PRESIDENTA DEL JURADO  
**DRA. ALEXIS BERENICE MEZA RODRIGUEZ**  
MÉDICA ESPECIALISTA EN URGENCIAS MÉDICAS  
H.G.R. C/MF NO. 1 CUERNAVACA, MORELOS

---

SECRETARIO DEL JURADO  
**D. C. CIDRONIO ALBAVERA HERNANDEZ**  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
H.G.R. C/MF NO. 1 CUERNAVACA, MORELOS

---

VOCAL DEL JURADO  
**M. C. JESABEL CRUZ MIRANDA**  
MÉDICA ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
UMF NO.20 CUERNAVACA, MORELOS

---

VOCAL DEL JURADO  
**D. C. ROSALBA MORALES JAIMES**  
MÉDICA ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
UMF NO.3 JIUTEPEC, MORELOS

**Dedicatoria:**

A Emma Sofía y Sara Lucía, mis 2 princesas y mayores motores de vida.

Mamá se aventuró a ir por un sueño que al principio parecía muy desafiante y paso a paso estamos logrando juntos; mientras veían a papi y mami ir y venir, sin entender mucho el por qué las horas, días y meses de ausencia, adaptándose a los ritmos apresurados y horarios de locura, que implicaban, a veces, sólo verlas al despertar y por la noches, ya dormidas.

Este trabajo es por ustedes y para ustedes, que día a día me recordaban el motivo de seguir intentándolo con su sólo existir y con esas caritas que se ponían felices de simplemente volver a verme. Las fuerzas y ganas de no darme por vencida me las dieron ustedes; aún sabiendo que, mientras yo sacrificaba lo máspreciado, el tiempo con mi familia, al mismo tiempo estaba cumpliendo una meta y sembraba la esperanza de un futuro mejor para ustedes. Sepan siempre que son y serán lo más importante en mi vida. Las amo.

Lograr una meta nunca es fácil y sí, implica sacrificios que a veces te hacen dudar en seguir adelante. Pero siempre vale la pena cuando no olvidas por qué lo iniciaste y la razón de seguir esforzándote.

## **Agradecimientos:**

A Dios, por el regalo de la vida y ponerme en el lugar y tiempo exactos para realizar este hermoso viaje.

A mi esposo, Juan Carlos, por ser el mejor compañero de vida, darme siempre el ánimo que necesito y por ser el mayor pilar de nuestra familia. Por mirar hacia la misma dirección que yo y acompañarme a esta estresante e inolvidable aventura llamada ser padres mientras hacemos una especialidad médica. Te amo siempre.

A mis padres, Raquel y Dagoberto, por su apoyo incondicional para lograr mis metas y proyectos de vida, ese que nunca voy a terminar de agradecer, y por el inmenso amor y cuidado a sus nietas. Este trabajo es gracias a ustedes.

A mis suegros, Rosa Iveth y Fulgencio, por la infinita ayuda brindada y el cuidado y cariño a mis hijas. Este trabajo no hubiera sido posible sin ustedes.

A mis compañeros de generación, que también se volvieron amigos, por compartir sus historias y escuchar las mías. A mis compañeros de guardia, Areli, Jessi, Doris, Vian, Lau, Alonso y Marco, por hacer los días y noches más cortos, y por las risas durante los días pesados que los volvieron amenos y divertidos.

A mis asesoras de tesis, Dra. Jesabel Cruz Miranda y Dra. Rosalba Morales Jaimes, por formar parte de este proyecto, la paciencia y la orientación hasta finalizarlo.

Al Dr. Cidronio Albavera Hernández, por el tiempo dedicado, el gran apoyo en este trabajo y darme las herramientas para culminarlo. Por ser ejemplo para muchas generaciones, de un excelente médico con pasión por la medicina, la investigación y la enseñanza, y sobre todo, ejemplo de una gran persona.



## Índice

<b>Resumen .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Marco teórico.....</b>	<b>2</b>
<b>1.1 Introducción.....</b>	<b>2</b>
<b>1.2 Definición .....</b>	<b>3</b>
<b>1.3 Tipos de anticonceptivos .....</b>	<b>3</b>
<b>1.4 Evento obstétrico .....</b>	<b>5</b>
<b>1.5 Necesidad insatisfecha.....</b>	<b>6</b>
<b>1.6 Planificación familiar.....</b>	<b>6</b>
<b>1.6.1 Beneficios y recomendaciones.....</b>	<b>7</b>
<b>1.7 Antecedentes en México.....</b>	<b>10</b>
<b>1.8 Epidemiología.....</b>	<b>11</b>
<b>1.9 Marco referencial.....</b>	<b>15</b>
<b>2. Justificación .....</b>	<b>17</b>
<b>3. Planteamiento del problema.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Pregunta de investigación.....</b>	<b>19</b>
<b>4. Objetivos .....</b>	<b>20</b>
<b>4.1 Objetivo general .....</b>	<b>20</b>
<b>4.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>20</b>
<b>5. Hipótesis .....</b>	<b>20</b>
<b>6. Material y métodos .....</b>	<b>21</b>
<b>7. Aspectos éticos.....</b>	<b>25</b>
<b>8. Recursos, financiamiento y factibilidad .....</b>	<b>28</b>
<b>9. Resultados .....</b>	<b>29</b>
<b>10. Discusión .....</b>	<b>33</b>
<b>11. Conclusión.....</b>	<b>35</b>
<b>12. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>36</b>
<b>13. Anexos .....</b>	<b>39</b>

## Resumen

### **Caracterización sociodemográfica de mujeres que no aceptan métodos anticonceptivos post evento obstétrico atendidas en el Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 de Cuernavaca, Morelos.**

*Jesabel Cruz Miranda, Rosalba Morales Jaimes, Paloma Marbán Nájera*

**Introducción:** La anticoncepción post evento obstétrico es la acción que permite a la mujer en el periodo de puerperio posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un método anticonceptivo temporal o permanente, adoptado antes de que abandone la unidad médica donde se le atendió el evento obstétrico o durante los 40 días posteriores al mismo, lo que contribuye a incrementar el intervalo intergenésico y, por ende, a reducir el riesgo obstétrico. **Objetivo:** Describir las características sociodemográficas de mujeres que no aceptaron métodos anticonceptivos post evento obstétrico atendidas en el Hospital General Regional con Medicina Familiar No.1 de Cuernavaca, Morelos. **Material y métodos:** Diseño transversal, descriptivo en el que se incluyeron expedientes de 132 pacientes atendidas en el HGR c/MF No.1 del IMSS de Cuernavaca, Morelos de enero a junio del 2022 y que rechazaron anticoncepción. El análisis estadístico se realizó mediante un análisis univariado mediante el programa estadístico Stata 11.1, por el cual se estudió a la población incluida por características sociodemográficas. **Resultados:** Se obtuvo una media de edad de 28.05 años ( $\pm 5.17$ ), el 98.48% de las pacientes no hablaba lengua indígena, la mayoría (78.79%) tenían un estado civil unido y el 84.09% de las pacientes vivían en un área urbana. La escolaridad más predominante fue preparatoria (43.18%), seguida de licenciatura (41%). El 59.85% de las pacientes eran empleadas y el 28.79% se dedicaban a labores del hogar. **Conclusiones:** Las características sociodemográficas de mujeres que no aceptaron métodos anticonceptivos post evento obstétrico identificadas en este estudio son: tener una edad promedio de 28 años, no hablante de lengua indígena, en estado civil unido, pertenecer a un área de residencia en zona urbana, con escolaridad preparatoria y ser empleada. **Palabras clave:** métodos anticonceptivos, no aceptación, rechazo, post evento obstétrico, postparto, puerperio.

## **1. Marco teórico**

### **1.1 Introducción**

Desde la primera Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), llevada a cabo en 1994 en El Cairo, la atención mundial se centró en el análisis de aspectos demográficos como un elemento fundamental para el desarrollo de los países. En 2004 el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en el Programa de acción aprobado en dicha convención, mencionaba que la pobreza generalizada sigue siendo el principal problema con que se tropieza al efectuar actividades de desarrollo y que, a su vez, suele ir acompañada de desempleo, malnutrición, analfabetismo, el bajo nivel social de la mujer, riesgos ambientales y un acceso limitado a servicios sociales y sanitarios, incluidos los servicios de salud reproductiva, que a su vez incluye la planificación de la familia. Todos estos factores contribuyen a elevar los niveles de fecundidad, morbilidad y mortalidad, así como a reducir la productividad económica(1).

En dicha conferencia, México se sumó al pronunciamiento de las Naciones Unidas respecto a la importancia de satisfacer las necesidades de las personas en materia de educación y salud, incluyendo la salud reproductiva, como requisitos indispensables tanto para el desarrollo individual como para el desarrollo equilibrado de la población. En 1995, México fue uno de los primeros países del mundo en implantar un Programa de Salud Reproductiva de cobertura nacional, con una visión holística, vinculando los componentes de planificación familiar, salud sexual y reproductiva de la población adolescente, salud perinatal y salud de la mujer, con perspectiva de género. A partir de entonces, las acciones de planificación familiar se han fortalecido continuamente(2).

Años más tarde, en septiembre del 2000, los dirigentes del mundo se reunieron en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York, para aprobar la Declaración del Milenio, la cual fue firmada por 189 Estados Miembros de las Naciones Unidas y se tradujo posteriormente en un mapa de ruta estableciendo objetivos a ser alcanzados al 2015. En ella, se estableció en uno de sus objetivos, mejorar la salud materna, con el acceso universal a los servicios de salud reproductiva(3).

## **1.2 Definición**

La anticoncepción hace referencia al uso de cualquier práctica, método, dispositivo o procedimiento quirúrgico para evitar que ocurra un embarazo en una persona o pareja sexualmente activa. La anticoncepción post evento obstétrico se define como la acción que permite a la mujer en el período de puerperio posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un método anticonceptivo temporal o permanente, adoptado antes de que abandone la unidad médica donde se le atendió el evento obstétrico o durante los 40 días posteriores al mismo, lo que contribuye a incrementar el intervalo intergenésico y, por ende, a reducir el riesgo obstétrico(2).

Según la Organización Mundial de la Salud, la etapa reproductiva de la mujer se considera entre los 15 a los 49 años(4). El riesgo obstétrico o reproductivo es la probabilidad que tiene tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial de experimentar enfermedad, lesión o muerte, en caso de presentarse un embarazo(5).

## **1.3 Tipos de anticonceptivos**

Los anticonceptivos son métodos, medicamentos (hormonales o no hormonales), dispositivos y procedimientos quirúrgicos que se utilizan para prevenir un embarazo de manera temporal o permanente. Pueden utilizarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida fértil de la persona. Los diferentes tipos de anticonceptivos disponibles en la actualidad se clasifican según su efecto anticonceptivo (temporal y permanente), así como por el mecanismo de acción y vía de administración(6).

### **Métodos temporales**

#### **1. Anticonceptivos hormonales**

- Anticonceptivos hormonales combinados (formulados con estrógeno más progestágeno)
  - Hormonales orales
  - Hormonales inyectables de aplicación mensual
  - Parche dérmico
  - Anillo vaginal

- Anticonceptivos con progestágeno solo (formulados únicamente con progestágeno)
  - Hormonales orales
  - Hormonales inyectables de aplicación bimestral o trimestral
  - Implantes subdérmicos

## 2. Dispositivos intrauterinos

- Hormonales
  - Liberadores de Levonorgestrel
- No hormonales
  - Fabricados con cobre, cobre con plata o cobre con oro

## 3. Métodos de barrera

- Condón externo o condón masculino
- Condón interno o condón femenino
- Espermicidas
- Diafragma y capuchón cervical

## 4. Anticoncepción de emergencia

- Hormonal
  - Hormonales orales combinados
  - Hormonales con progestágeno solo
  - Anti-progestágeno
- No hormonal
  - Dispositivo intrauterino T de cobre

## 5. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

- Basados en los síntomas
  - Método de los dos días
  - Método de la temperatura basal
  - Método de la ovulación (del moco cervical o Billings) y sintotérmico

- Basados en el calendario
  - Método de ritmo o calendario y de los días fijos (8 a 19 del ciclo).

## 6. Método de lactancia y amenorrea

### **Métodos permanentes**

- a) Oclusión tubaria bilateral.
- b) Vasectomía.

Los métodos anticonceptivos se clasifican, a su vez, en tres categorías de acuerdo con su grado de efectividad:

1. Alta efectividad: oclusión tubaria bilateral (OTB), dispositivo intrauterino (DIU) e implantes, estos dos últimos también conocidos como anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP).
2. Mediana efectividad: hormonales (pastillas o píldoras, inyecciones, parches).
3. Baja efectividad: condones masculinos y femeninos, óvulos, jaleas, espuma o diafragma pastillas anticonceptivas de emergencia (7).

### **1.4 Evento obstétrico**

El evento obstétrico puede ser un aborto o parto (vaginal o por cesárea). Se entiende por aborto a la expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o hasta la semana 20 de la gestación. Postaborto está definido como el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer, después de la interrupción del embarazo menor de 20 semanas. Posparto hace referencia al periodo a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución, por vía vaginal, de un embarazo de 20 semanas o más, y poscesárea es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer, después de la resolución quirúrgica abdominal de un embarazo de 20 semanas o más(5).

## **1.5 Necesidad insatisfecha**

El término de necesidad insatisfecha hace referencia al porcentaje de mujeres en edad fértil sexualmente activas (15 a 49 años), expuestas al riesgo de embarazarse en un momento determinado, que refieren su deseo de limitar o espaciar sus hijos(as), pero no usan métodos anticonceptivos.

## **1.6 Planificación familiar**

La planificación familiar representa un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que proporcionan a la población consejería, educación en salud y métodos anticonceptivos modernos, para que los individuos puedan ejercer su derecho de decidir libre y responsablemente si desean tener hijos y, en su caso, el número y tiempo apropiado para hacerlo; con el objetivo de contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados, a través de la prevención, orientación, consejería y atención general y específica. El ejercicio de este derecho es independiente del género, preferencia sexual, edad, estado civil o legal de las personas (5). La planificación familiar posparto (PFPP) se define como la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto. Mientras que la planificación familiar es importante en toda la vida reproductiva de una persona o pareja, la PFPP se centra en la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenésicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto(8).

Por otra parte, los embarazos no planificados no necesariamente equivalen a embarazos no deseados, sin embargo, se conoce que pueden generar una amplia gama de riesgos para la salud de la madre y el niño, entre ellos están la malnutrición, enfermedad, maltrato, abandono, e incluso la muerte. Además, los embarazos no planificados pueden producir ciclos de gran fecundidad, reducir las posibilidades educativas y laborales y llevar a la pobreza, situaciones que pueden extenderse a lo largo de generaciones(9).

La cobertura de métodos anticonceptivos en las últimas cuatro décadas se ha enfocado en la planificación familiar orientada a mujeres casadas o en unión libre, bajo la premisa de que son quienes se encuentran en mayor riesgo de embarazo y de adquirir infecciones

de transmisión sexual (ITS). Además, el uso de métodos anticonceptivos por este grupo de mujeres ha sido clave para el logro de un mayor bienestar y autonomía al permitirles decidir en qué momento embarazarse, cuántos hijos tener y el tiempo que desean esperar entre un hijo y otro, lo cual les ha permitido tener mayores oportunidades para permanecer en la educación formal e integrarse a la vida laboral a través de trabajos remunerados beneficiándose, a sus familias y, por ende, al desarrollo del país(10).

Se ha reportado que las mujeres que se embarazan en los primeros seis meses posparto tienen 7,5 veces más riesgo de sufrir un aborto inducido y mortalidad materna. Destacan, también, los resultados adversos de las gestaciones ocurridas en el primer año postparto, como: nacimiento prematuro, bajo peso al nacer y 1,6 veces más riesgo de muerte fetal (8).

### **1.6.1 Beneficios y recomendaciones**

Algunos de los beneficios de espaciar los embarazos son: limitación de la procreación por paridad satisfecha; reforzando la autonomía de las mujeres, lo que aumenta el acceso a la educación, empleo y participación comunitaria; en cuanto a la familia, se propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo; por su parte los hijos, con pocos hermanos permanecerán más años en la escuela en comparación con aquellos con muchos hermanos.

Otro de los grandes beneficios del acceso a los métodos anticonceptivos se ubica en el ámbito de la salud, por ejemplo, al evitar embarazos en edades tempranas o tardías (15 a 19 años y entre los 45 y 49 años) que ponen en riesgo la salud de la madre y el recién nacido, así como al ampliar los intervalos intergenésicos debido a que ambos son factores de riesgo que pueden ocasionar muertes maternas e infantiles. Asimismo, han contribuido en la prevención del contagio de las ITS(10).

Los embarazos en adolescentes tienen una consecuencia negativa importante para el bienestar materno y fetal, y limita las oportunidades de la mujer para toda la vida, incrementando la inequidad social y de género. Las prácticas sexuales de riesgo y la falta



de planificación familiar son los principales contribuyentes de las enfermedades entre jóvenes, lo que impone un alto precio de la morbimortalidad. Diferentes investigaciones han reportado varios factores que influyen en la falta de uso de los métodos anticonceptivos y como consecuencia en un embarazo no planeado, entre los que se encuentran las creencias, la culpa, el miedo de solicitar algún método, el nivel socioeconómico, el nivel educativo, el apoyo de la pareja y familia para usar o no anticonceptivos, el acceso y disponibilidad de los métodos, así como la educación reproductiva (11).

Se ha comentado que los factores que reducen significativamente las probabilidades de uso de métodos anticonceptivos siguen siendo los propios de los estratos sociales más desfavorecidos, como la nula escolaridad o la condición de habla de lengua indígena, que además podrían responder a inequidades de género y de baja autonomía de estas mujeres en sus contextos sociales y culturales, que les impiden tener independencia con respecto a sus decisiones en materia anticonceptiva(10). Se destaca que ser indígena, tener un hijo o recibir atención en los servicios estatales de salud/IMSS-Prospera o privados se asocia con menores posibilidades de APP (12).

El uso de métodos anticonceptivos muestra importantes desigualdades entre grupos de la población. Prueba de ello es, por ejemplo, que en mujeres hablantes de lengua indígena la prevalencia de uso de anticonceptivos es de sólo 64%. Igualmente lo es la cifra correspondiente a adolescentes de 15 y 19 años (60%), que es el grupo de edad con menor prevalencia de uso de anticonceptivos(13).

La OMS recomienda lo siguiente en cuanto al uso de la anticoncepción en las mujeres durante el primer año posparto y posteriormente(8):

– Inmediatamente después del parto y durante un período posparto de hasta 6 meses, la mujer que practica la lactancia exclusiva puede usar el método de amenorrea de lactancia (MELA) y otros tantos de manera segura. Si la mujer elige el MELA, debería pasar del MELA a otro método anticonceptivo moderno cuando el bebé cumpla los 6 meses o antes

si no se cumplen los criterios para el MELA. Debería recibir la información oportunamente para poder elegir otro método anticonceptivo moderno.

– El DIU, un dispositivo anticonceptivo intrauterino con cobre, puede colocarse inmediatamente o hasta transcurridas 48 horas después del parto o en cualquier momento después de transcurridas 4 semanas tras el parto. La esterilización femenina o el cierre de las trompas de Falopio pueden practicarse inmediatamente o hasta transcurridos 4 días después del parto o en cualquier momento después de transcurridas 6 semanas tras el parto.

– Las mujeres que no amamantan a sus bebés, además del DIU y el cierre de las trompas, pueden iniciar métodos de progestina sola inmediatamente después del parto. Los anticonceptivos orales combinados pueden iniciarse a partir de las tres semanas después del parto.

– Las mujeres que amamantan a sus bebés pueden comenzar a usar todos los métodos de progestina sola (inyecciones, implantes y píldoras de progestina sola) en la sexta semana después del parto, según los CME de la OMS. Las píldoras que combinan estrógeno y progestina no se pueden comenzar a usar hasta transcurridos seis meses después del parto.

– Todas las mujeres, ya sea que amamanten o no a sus hijos, pueden iniciar el uso de condones inmediatamente después del parto, los métodos de anticoncepción de emergencia después de cuatro semanas y el diafragma o el capuchón cervical después de seis semanas.

Numerosas organizaciones internacionales e iniciativas han promovido el involucro de los gobiernos para asegurar universalmente el acceso a métodos de planificación familiar efectivos y de calidad como derecho de las mujeres y niñas que es esencial para una vida saludable. Los numerosos beneficios de los métodos de planificación familiar tienen un impacto en la salud y desarrollo. Por ejemplo, haciendo posible que las mujeres

decidan cuándo embarazarse y cómo espaciar sus embarazos según su deseo, la planificación familiar contribuye a la prevención de los riesgos relacionados con el embarazo. Particularmente entre las personas jóvenes, la habilidad de posponer el embarazo y evitar embarazos no planeados reduce el número de abortos riesgosos y disminuye la mortalidad materna e infantil (14).

El programa de PFPP debe considerarse como una parte integral de la salud materno infantil y de los esfuerzos actuales de Planificación familiar. Para que las intervenciones de planificación familiar después del parto sean satisfactorias es necesario implementar estrategias de programas holísticos y basados en la evidencia que refuercen los sistemas de salud y las mejoras sostenidas en servicios de alta calidad que coloquen a las personas en el centro de la atención de la salud (8).

### **1.7 Antecedentes en México**

La Planificación familiar en México se encuentra sustentada en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que indica que el varón y la mujer son iguales ante la ley y esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia, además, toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. (5).

Nuestro país ha desarrollado relevantes políticas públicas en la materia, que son principalmente enfocadas en la cobertura de servicios de salud reproductiva; fue a partir de la década de los setenta que la política pública cambió de perspectiva, pasando de una visión pro natalista a la del control poblacional (13). En 1973 se convirtió en el segundo país del mundo, y el primero en América Latina, en instituir en su Constitución el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos(15).

En el Capítulo VI de la Ley General de Salud, sobre los Servicios de Planificación Familiar, el Artículo 67 establece que(16):

- La planificación familiar tiene carácter prioritario.

- Se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes.
- Para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35.
- Para disminuir el riesgo reproductivo, también se debe de informar sobre la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número.

La Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 modificada, sobre los servicios de planificación familiar, es una disposición general de tipo técnico expedida por la Secretaría de Salud, donde se establecen las reglas, características y especificaciones para la prestación de servicios de planificación familiar. Su aplicación es de carácter obligatorio para los sectores público y privado. La Norma Oficial Mexicana refiere que debe ofrecerse sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva (incluyendo adolescentes) que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres de mayor riesgo reproductivo. En dicha norma se encuentran definidos, detallados y regulados los siguientes temas y acciones: servicios de planificación familiar, promoción y difusión, información y educación, orientación-consejería y selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos(17).

Las Unidades de Medicina Familiar del IMSS cuentan con amplia variedad de métodos anticonceptivos, así como personal de salud que brinda información y consejería en planificación familiar, para que las pacientes puedan adoptar el método anticonceptivo de acuerdo a sus necesidades, expectativas reproductivas y estado de salud (18).

## **1.8 Epidemiología**

### **1.8.1 A nivel mundial**

Se calcula que en 2019 había 1900 millones de mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49 años) en el mundo, de las cuales 1112 millones precisan planificación familiar. De ellas, 842 millones utilizan métodos anticonceptivos y 270 millones tienen necesidades desatendidas en materia de anticoncepción. El porcentaje de mujeres en edad reproductiva con las necesidades de planificación familiar satisfechas con métodos

modernos (que corresponde al indicador 3.7.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible [ODS]) era del 75,7% a nivel mundial en 2019, pero en África central y occidental esta cifra no llegaba al 50%(19).

### **1.8.2 A nivel nacional**

En México, se calcula que la mitad de los embarazos entre los 15 y 19 años de edad no son intencionados, y están vinculados a persistentes barreras socioculturales, económicas y geográficas que limitan el acceso de la población adolescente a la información, consejería y uso de métodos anticonceptivos efectivos y seguros. A nivel nacional, la demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres sexualmente activas de 15 a 19 años es más del doble (28%) en comparación con lo observado en el total de mujeres de 15 a 49 años de la misma condición (11%) (13).

En los datos reportados en la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica de 2018 se menciona que:

La tasa global de fecundidad, definido como la cantidad de hijos que en promedio tendrá una mujer al final de su vida reproductiva, la cual fue de 2.07 en 2018, a diferencia de 2.21 en 2014 y 2.25 en 2009. Si se toma como referencia el dato obtenido en 1990, se ha producido una disminución de un hijo en el lapso aproximado de 20 años(20).

La tasa global de fecundidad en 2018 por localidades rurales fue de 2.51 hijos por mujer en 2018, mientras que en las localidades urbanas fue de 1.94 hijos por mujer. La tasa global de fecundidad por nivel de escolaridad reportada en las mujeres con algún grado de primaria fue de 2.82 hijos por mujer. Mientras que en las mujeres con algún grado de medio superior y superior es de 1.75 hijos por mujer(20).

A nivel nacional, la edad mediana al inicio de la vida sexual de las mujeres es a los 17.5 años y para 2018 el porcentaje de las mujeres que han tenido relaciones sexuales y que no utilizaron algún método anticonceptivo en la primera relación fue de 59.4%. Con base en dicha encuesta, las razones por las que las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) no

usan algún método anticonceptivo en su primera relación sexual son: sin plan para tener relaciones sexuales 28.4%, deseo de embarazarse 24.3%, desconocimiento de métodos 24.1%, confiaba en no quedar embarazada 11%, otra razón (a quienes encontraron oposición en su pareja; no estaba de acuerdo en el uso de métodos, por pena y otros) 10.9% y no especificado 1.5%(20).

Por otro lado, en 2018 el porcentaje de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos reportado es de 75.5% de las mujeres en edad fértil. En 2014 este dato fue de 75.6 %. Para el caso de mujeres casadas o unidas de 15 a 49, el porcentaje de usuarias pasó de 72.3% a 73.1 % en 2018(20).

En 2018, el 10.8% de las mujeres unidas (casadas o en unión libre) no utilizaron anticonceptivos, a pesar de que se exponen a un embarazo no deseado. El porcentaje de las mujeres sexualmente activas (unidas o no) que los métodos anticonceptivos no cubren sus necesidades y por supuesto se exponen a embarazos no deseados está aumentando, se reportó 11.1% en 2018(21) (22). Las razones de no uso de métodos anticonceptivos que más declararon las mujeres sexualmente activas son: porque quieren embarazarse 21% o no lo necesitan 20.8%, por aspectos culturales 16.4%, porque están embarazadas o lactando 15%, por efectos secundarios 8.5 y otras razones 16.3%.

Por otra parte, el INEGI y el Instituto Nacional de las Mujeres reporta que las defunciones maternas, que se refiere a los fallecimientos de mujeres por complicaciones del embarazo, parto o puerperio están consideradas en las metas del tercer Objetivo de Desarrollo Sustentable (ODS): Salud y bienestar. En México se ha registrado una reducción de la mortalidad materna de 1 454 muertes maternas en 1995 a 874 en 2019. De estas, sobresalen como principales causas de muerte las afecciones obstétricas indirectas en 43.1%, los trastornos hipertensivos 18.4% y las complicaciones del trabajo de parto y del parto 12.4%, que juntas representaron el 73.9 por ciento; y como cuarta causa el embarazo terminado en aborto con un 8.2%. Además, se sabe que la meta global de la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible estipula que para el año 2030 la

razón de mortalidad materna debería reducirse a 70 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. Si bien México ya logró este objetivo, debe plantear estrategias para seguir reduciéndola (21).

### **1.8.3 A nivel estatal**

La tasa global de fecundidad del quinquenio 2013-2017 reportada en la ENADID 2018 en nuestro estado fue de 2.02 hijos por mujer, en comparación al 1.82 hijos por mujer a nivel nacional.

De acuerdo con reportes del Consejo Nacional de Población en 2018, en Morelos el porcentaje de necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil (15 a 49 años) sexualmente activas fue de 9.9% y 9.1% en mujeres unidas(22).

En Morelos, la prevalencia de uso de cualquier método anticonceptivo en mujeres en edad fértil sexualmente activas en 2018 fue reportada en 78.6%. La prevalencia de uso de cualquier método anticonceptivo en mujeres en edad fértil unidas en nuestro estado en 2018 fue de 76.4%(22).

## 1.9 Marco referencial

De la Vara SE, Hubert C, Saavedra AB, et al. en 2020 publicaron un estudio titulado “Provisión de métodos anticonceptivos en el postparto inmediato en México, 2018-2019”, el cual tuvo como objetivo analizar la anticoncepción posparto (APP) y tipo de método anticonceptivo recibido según características sociodemográficas y de atención del parto de las mujeres. Se analizaron datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018-19 en 4548 mujeres de 12-49 años que tuvieron un parto. Se encontró que 65% de las mujeres recibieron APP y que alrededor de 35% de las mujeres egresaron de los servicios de salud sin APP. Sin embargo, se observaron diferencias en las características sociodemográficas (escolaridad, condición de habla indígena y nivel socioeconómico) entre aquellas con o sin APP. Entre las que recibieron APP, 15.6% reportaron escolaridad superior (vs. 25.3% que no recibieron APP); 4.9% hablaban lengua indígena (vs. 8% que no recibieron APP) y 27.8% de nivel socioeconómico alto (vs. 36.3% sin APP). La posibilidad de recibir APP es significativamente menor para los grupos de mayor edad en comparación con las adolescentes, así como para las que hablan lengua indígena respecto de las que no hablan (RM=0.5; IC95%: 0.36-0.71) (11).

En su estudio titulado “Factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven en Costa Rica”, Sánchez RC y Leiva GR en 2016, buscaron analizar los factores que inciden en el uso de métodos anticonceptivos de la población adolescente y adulta joven de Costa Rica (entre 15 y 35 años), llevando a cabo un análisis descriptivo de la base de datos. Por medio de los datos de la Encuesta Nacional de Juventud 2007, con marco muestral de 2500 personas jóvenes en el rango de 15 a 35 años, agrupadas en cuatro categorías de edad: de 15 a 17 años, 18 a 24 años, 25 a 29 años y 30 a 35 años; y la metodología basada en el Modelo Probit binario con corrección de sesgos de selección mediante Heckman, se modela la decisión de uso de anticonceptivos con base en diferentes características personales y socioeconómicas. Donde reportaron que la edad de la persona (30-35 años) y la de la pareja (36-40 años y mayor de 41 años), la estabilidad de la relación y pertenecer a la zona urbana son factores que disminuyen la probabilidad de uso de anticonceptivos. Por otro lado, ser mujer, tener



educación universitaria, haber recibido información sobre anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual (ITS), la frecuencia de las relaciones y contar con una relación familiar de apoyo son factores que incrementan la posibilidad de protección mediante el uso de métodos anticonceptivos. Con respecto a la escolaridad, las personas que presentan mayores grados académicos tienen mayor probabilidad de uso con respecto a aquellas que solo poseen primaria. La probabilidad de uso de protección anticonceptiva de una persona con secundaria y con universidad es 6.7 y 13.9 puntos porcentuales más alta, respectivamente, en relación con la probabilidad de una persona únicamente con primaria y las personas que pertenecen a la zona urbana presentan menor probabilidad de uso de anticonceptivos en relación con los de zona rural (4.8 puntos porcentuales menos) (23).

Por su parte, Vázquez CR, Ruiz D, García ZP, et al., en su trabajo publicado en 2015, "Determinantes del rechazo a la anticoncepción post evento obstétrico en pacientes del Hospital de la Mujer Zacatecana", en el cual realizaron un estudio observacional, analítico y transversal en un periodo de un mes en mujeres que acudieron a atención médica después de un evento obstétrico y tenía como objetivo identificar factores que determinan el rechazo a los anticonceptivos post evento obstétrico. Obtuvieron como resultados que: en el periodo de estudio se atendió un total de 580 pacientes, de las cuales 358 aceptaron algún anticonceptivo post evento obstétrico, el más requerido fue el DIU en 273 casos, seguido de la oclusión tubaria bilateral en 78 casos y los restantes siete pacientes optaron por los anticonceptivos orales. Un total de 222 pacientes no aceptó la APEO (38.27% del total). La edad promedio de las integrantes de la muestra fue de veinticuatro años; 53 pacientes, que representan más de la mitad de la muestra, pertenecieron al grupo de edad de veintiún a 35 años. Las mujeres casadas o en unión libre, en su mayoría, fueron las que no quisieron algún método (86%) (24) .

## 2. Justificación

En 2020 se estimó que alrededor de 287 000 mujeres murieron durante o tras el embarazo o el parto; y que cada día murieron en el mundo 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo o el parto. Una gran proporción de estas muertes maternas son debido a necesidades insatisfechas en anticoncepción. Prácticamente el 95% de todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado(25).

Según el análisis de los datos de la encuesta demográfica y de salud de 27 países, el 95% de las mujeres que cursan el período de 0 a 12 meses posparto desean evitar el embarazo en los 24 meses siguientes, pero el 70% de ellas no usan métodos anticonceptivos. La planificación familiar puede evitar más del 30% de la mortalidad materna y del 10% de la mortalidad infantil si las parejas logran espaciar los embarazos con intervalos de más de 2 años (8).

Establecer el asesoramiento y la entrega de anticonceptivos como una parte rutinaria de la atención previo y durante el parto, cesárea o aborto, aumenta el acceso de las mujeres a los cuidados anticonceptivos, convirtiéndose en una estrategia clave para disminuir la morbimortalidad materno-infantil relacionada con embarazos no intencionales.

En el H.G.R. c/MF No. 1 no se cuenta con investigaciones previas que identifiquen las características principales de pacientes que no aceptan métodos anticonceptivos posterior a un evento obstétrico, por lo cual se decidió realizar el presente proyecto de investigación. De esta manera, este estudio pretende generar información útil sobre las características sociodemográficas más relevantes de dicha población en estudio. Los resultados obtenidos servirán para divulgación de la información y con ello, la posibilidad de producir un impacto en la toma de decisiones de los profesionales sanitarios involucrados en los servicios de planificación familiar, con el objetivo hacer más efectiva prevención y la promoción de la salud, buscando el mayor beneficio para los pacientes.

### 3. Planteamiento del problema

Los embarazos no planificados siguen siendo un importante problema de salud pública. Cada año hay 74 millones de mujeres de países de ingresos bajos y medianos con embarazos no planificados que son causa de 25 millones de abortos peligrosos y 47000 muertes maternas al año. Aunque los embarazos no planificados no necesariamente equivalen a embarazos no deseados, pueden generar una amplia gama de riesgos para la salud de la madre y el niño, como malnutrición, enfermedad, maltrato, abandono, e incluso la muerte. Además, los embarazos no planificados pueden producir ciclos de gran fecundidad, reducir las posibilidades educativas y laborales y llevar a la pobreza, problemas que pueden extenderse a lo largo de generaciones(9).

Los embarazos no planeados se asocian con efectos adversos maternos y fetales. Más del 50% de los embarazos a nivel mundial son no planeados. Cuatro de cada diez embarazos no planeados terminan en abortos, en muchas ocasiones en condiciones de riesgo, incrementando la probabilidad de una muerte materna. Se reporta que las mujeres de 18 a 24 años son quienes presentan un mayor número de embarazos no planeados. El 99% de los embarazos no planeados se presentan en países en desarrollo, el 38% de estos en América Latina y el Caribe, así mismo el 24% de los abortos a nivel mundial se presentan en esta misma región(26).

Los métodos anticonceptivos modernos desempeñan un papel fundamental en la prevención de los embarazos no planificados. Hay estudios que muestran que el 85% de las mujeres que dejaron de usar métodos anticonceptivos quedaron embarazadas durante el primer año. Entre las que tuvieron embarazos no planificados que las llevaron a abortar, la mitad había abandonado sus métodos anticonceptivos por problemas relacionados con el uso de estos, tales como problemas de salud, efectos secundarios o incomodidades. Muchas de esas cuestiones podrían resolverse con un asesoramiento y un apoyo eficaces en materia de planificación familiar (9).

El uso de métodos anticonceptivos modernos contribuye a prevenir embarazos no intencionados y desempeña un papel clave en la disminución de la mortalidad y la morbilidad maternas, en la reducción del número de mujeres que recurren al aborto en condiciones de riesgo, en la reducción de la mortalidad neonatal y en la mejora de la salud y la supervivencia infantil (8). Además, cuando a la población se le otorga información oportuna sobre su sexualidad y acceso a los servicios de salud reproductiva, se busca no sólo evitar la mortalidad materna e infantil y las enfermedades de transmisión sexual, sino también la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo.

### **3.1 Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las características sociodemográficas de mujeres que no aceptan métodos anticonceptivos post evento obstétrico atendidas en el Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 de Cuernavaca, Morelos?

## **4. Objetivos**

### **4.1 Objetivo general**

Describir las características sociodemográficas de mujeres que no aceptan métodos anticonceptivos post evento obstétrico atendidas en el Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 de Cuernavaca, Morelos.

### **4.2 Objetivos específicos**

- Calcular la frecuencia de no aceptación de métodos anticonceptivos posterior a un evento obstétrico durante el periodo de enero a junio del 2022.
- Identificar la frecuencia de rechazo de métodos anticonceptivos de acuerdo a la edad.
- Identificar la frecuencia de rechazo de métodos anticonceptivos de acuerdo al estado civil y escolaridad.

## **5. Hipótesis**

Las características sociodemográficas de las mujeres que no aceptan métodos anticonceptivos post evento obstétrico atendidas en el HGR con Medicina Familiar No. 1 de Cuernavaca, Morelos son principalmente: edad 30-35 años, no ser indígena o hablante de lengua indígena, mujeres en estado conyugal unido, pertenecer a un área de residencia en zona urbana, escolaridad primaria o menos y no tener ocupación.

## 6. Material y métodos

### Diseño del estudio y características del diseño

- Según la secuencia temporal: Transversal.
- Según la finalidad del estudio: Descriptivo.
- Según el control de la asignación de la exposición: Observacional.
- Según la temporalidad: Retrospectivo.
- Según la unidad de análisis: Individual.

**Población de estudio:** Expedientes de mujeres entre 15 y 49 años que fueron atendidas en el servicio de toco cirugía secundario a un evento obstétrico (parto, cesárea o aborto) del HGR c/ MF no.1 de Cuernavaca, Morelos en el periodo de enero a junio del 2022.

**Lugar donde se realizó el estudio:** IMSS Hospital General Regional con Medicina Familiar no.1 de Cuernavaca, Morelos.

**Tipo de muestreo:** No probabilístico por conveniencia

No se realizó el cálculo del tamaño de muestra dado que se incluyó a la totalidad de las pacientes que cuenten con los criterios de inclusión.

### Criterios de selección:

#### - Criterios de inclusión:

- Expedientes de pacientes de 15 a 49 años que fueron atendidas en el servicio de tococirugía del HGR c/MF No. 1 del IMSS de Cuernavaca, Morelos para resolución de un evento obstétrico (parto, cesárea o aborto), durante el periodo de tiempo de enero a junio del 2022.
- Rechazo de método anticonceptivo por cualquier causa.

#### - Criterios de exclusión:

- Expedientes de mujeres que posterior a la resolución de su embarazo se les realizó histerectomía (complicación).

#### - Criterios de eliminación:

- Expedientes con información incompleta.

### Operacionalización de variables:

Nombre de la variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Unidades de medición o categorías	Fuente de obtención de datos
<b>Edad</b>	Tiempo en años transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha actual.	Independiente	Cuantitativa discreta	Edad en años.	Registros de expediente clínico.
<b>Lengua indígena</b>	Método de comunicación y sistemas de conocimiento amplios y complejos que se han desarrollado dentro de los pueblos indígenas, hablados de manera estable por quienes habitan cierto territorio.	Independiente	Cualitativa nominal dicotómica	0= No la habla 1= Sí la habla	Registros de expediente clínico
<b>Escolaridad</b>	Período de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Independiente	Cualitativa ordinal	0= Sin escolaridad 1= Primaria 2= Secundaria 3= Bachillerato o Preparatoria 4= Licenciatura 5= Posgrado	Registros de expediente clínico.
<b>Área de residencia</b>	Lugar geográfico donde la persona además de residir en forma permanente desarrolla generalmente sus actividades tanto familiares, sociales y económicas.	Independiente	Cualitativa nominal dicotómica	1= Rural 2= Urbana	Registros de expediente clínico.
<b>Estado civil</b>	Situación personal en la que se encuentra o no una persona física en relación a otra.	Independiente	Cualitativa nominal	0=No unida (soltera, separada, divorciada, viuda) 1=Unida (casada, en unión libre)	Registros de expediente clínico.
<b>Ocupación</b>	Actividad o trabajo a la que se dedica una persona.	Independiente	Cualitativa nominal politómica	1=Estudiante (incluye a las que sólo estudian y las que estudian y trabajan) 2= Empleada 3= Ama de casa	Registros de expediente clínico.

## **Técnica de recolección de datos**

1. El protocolo de estudio fue sometido a la aprobación del Comité de Investigación Local del Instituto Mexicano del Seguro Social del HGR c/MF No.1 de Cuernavaca, Morelos.
2. Una vez obteniendo número de registro del SIRELCIS, se notificó al director del HGR c/MF No.1 para iniciar la recolección de la información de los expedientes clínicos de las mujeres entre 15 y 49 años que fueron atendidas en el servicio de toco cirugía secundario a un evento obstétrico (parto, cesárea o aborto) en el periodo de enero a junio del 2022.
3. Posteriormente se solicitó la información de registros de anticoncepción post evento obstétrico (APEO) a cargo de personal de enfermería, así como de los expedientes físicos del archivo clínico e información del Sistema de Información Médico Operativo (SIMO) para conocer el número total de pacientes atendidas en el servicio de toco cirugía durante el periodo de enero a junio del 2022 el cual fue reportado en 1640, y el número de pacientes atendidas que no aceptaron ningún método de planificación familiar posterior a un evento obstétrico reportando 252 pacientes.
4. Finalmente se realizó la revisión de los expedientes clínicos con lo que se obtuvieron los datos necesarios para el presente trabajo, siguiendo siempre las medidas de seguridad y manteniendo la confidencialidad de la información, identificando los expedientes con número de folio. El acceso a los datos personales fue limitado únicamente a los investigadores responsable y asociados.



**Plan de análisis estadístico:**

Una vez terminada la recolección de datos, se capturó la información en una base de datos del programa Microsoft Excel y posteriormente se realizó su análisis estadístico en el programa Stata versión 11.1. Se realizó un análisis descriptivo para caracterizar a la población participante del estudio. Para las variables cuantitativas se realizaron medidas de tendencia central y dispersión según la distribución de las variables y a las variables cualitativas se les midió frecuencias y porcentajes. Los resultados se presentan en tablas y gráficas. Posteriormente se obtuvo la frecuencia de la no aceptación de los métodos anticonceptivos post evento obstétrico. Finalmente se obtuvieron las características sociodemográficas de las mujeres que no aceptaron métodos anticonceptivos a través de un instrumento de recolección don se recabó la información de las variables en estudio.

## 7. Aspectos éticos

Esta investigación se consideró sin riesgo para los participantes, de acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de la **Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud**, en el Título Segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos” en su Capítulo I, Artículo 17, párrafo I, que a la letra dice: “Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta (27)”.

El presente trabajo de investigación tuvo estricto apego a las disposiciones en materia de investigación de acuerdo con el siguiente marco legal:

Con base a la **Ley General de Salud** (16), en su Título Quinto. Investigación para la salud, Capítulo único, Investigación en seres humanos menciona en el Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

**Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012**, que establece los criterios para la elaboración de proyectos de investigación para la salud en seres humanos (28), en lo señalado en los apartados:

5.11 El investigador principal, así como los demás profesionales y técnicos de la salud que intervengan en una investigación, deberán cumplir en forma ética y profesional las obligaciones que les impongan la Ley General de Salud y el Reglamento, así como esta norma.

5.12 En toda investigación, los expedientes de los sujetos de investigación serán considerados expedientes clínicos, por lo que se deberá cumplir con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana.

Conforme a **la Declaración de Helsinki** de la Asociación Médica Mundial (21), este protocolo aplicó los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos:

- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

- Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

- La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas.

Además, el presente proyecto de investigación se sometió a valoración por el **Comité Local de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social** y por el **Comité de Ética en Investigación en Salud** a través su envío por la plataforma del Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud, con la finalidad de garantizar el respeto de los principios de autonomía, dignidad, beneficencia, no maleficencia y justicia.

## **7.1 Procedimiento para garantizar la confidencialidad de la información**

Los datos obtenidos en el presente proyecto se mantuvieron en el anonimato y no fueron utilizados de manera inadecuada, y nunca se refirió al sujeto de investigación por su nombre o número de seguridad social. Se asignó un folio para cada sujeto de investigación y fue el que se manejó en todo momento. Se protegió la confidencialidad de la información y la identidad de los pacientes, los datos conseguidos se mantuvieron en el expediente clínico del paciente, toda la información del estudio se registró y fue manejada y almacenada en forma tal que permitió su adecuado reporte, interpretación y verificación; y solo pudieron ser consultados por personal capacitado que pertenecía al grupo de investigación.

## **8. Recursos, financiamiento y factibilidad**

### **Recursos humanos**

- Tesista (Médica Residente de Medicina Familiar).
- Investigadoras metodológica y adjunta.

### **Recursos materiales**

- Computadora y/o tableta electrónica personal del investigador.
- Paquete básico de Office y Programa estadístico Stata.
- Papelería (lápiz, pluma, borradores, hojas, carpetas).

### **Recursos físicos**

- Instalaciones del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, Cuernavaca, Morelos.

### **Recursos financieros**

- Fueron proporcionados por los investigadores del proyecto.

### **Factibilidad del estudio**

El presente protocolo de estudio fue factible de realizar ya que en el HGR c/MF No. 1 del IMSS, de Cuernavaca, Morelos se contó con la infraestructura y equipo necesarios para llevarlo a cabo. Los investigadores involucrados contaban con la experiencia necesaria en la realización de proyectos de investigación y se contó con apoyo del personal del hospital para la obtención de la información necesaria para la realización del presente trabajo.

## 9. Resultados

Se analizaron los expedientes de 132 pacientes atendidas en el servicio de tococirugía, que no aceptaron métodos anticonceptivos posterior a un evento obstétrico durante el periodo de tiempo de enero a junio del 2022, encontrando los siguientes resultados:

Las pacientes se caracterizaron por tener una edad mínima de 18 años y máxima de 42 años; presentando una media de edad de 28.05 años ( $\pm 5.17$ ).

Se observó que el 98.48% de las pacientes no hablaba lengua indígena, el 78.79% de las pacientes tenían un estado civil unido (unión libre o casadas) y el 84.09% de las pacientes eran residentes de un área urbana.

Referente a la variable escolaridad, la más predominante fue preparatoria concluida en el 43.18% de las pacientes, seguida de licenciatura en 31.06%. Además, el 59.85% de las pacientes tenían como ocupación empleada y el 28.79% se dedicaban a labores del hogar y el restante de las pacientes eran estudiantes. Se estudió además, la variable religión de la cual se evidenció que de la totalidad de las pacientes el 86.36% de las pacientes eran creyentes de alguna religión, en tanto que el porcentaje restante no pertenecía a ninguna (Ver tabla 1).

<b>Tabla 1. Características sociodemográficas (n= 132)</b>		
<b>Variable</b>	<b>Media ± DS</b>	
<b>Edad</b>	28.05 ± 5.17	
	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Lengua indígena</b>		
No la habla	130	98.48
Sí la habla	2	1.52
<b>Estado Civil <sup>a</sup></b>		
No unido	28	21.21
Unido	104	78.79
<b>Área de residencia</b>		
Rural	21	15.91
Urbana	111	84.09
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	5	3.79
Secundaria	26	19.7
Preparatoria	57	43.18
Licenciatura	41	31.06
Posgrado	3	2.27
<b>Ocupación</b>		
Estudiante <sup>b</sup>	15	11.36
Empleada	79	59.85
Ama de casa	38	28.79
<b>Religión</b>		
Ninguna	18	13.64
Creyente	114	86.36
a Estado civil: no unido (soltera, viuda, divorciada, separada), unido (unión libre y casada).		
b Estudiante (incluye a las que sólo estudian y las que estudian y trabajan).		

Adicionalmente, y pese a que no estaban contempladas dentro de las variables del estudio inicialmente, se lograron estudiar algunas características clínicas, de las cuales se obtuvo la siguiente información (Ver tabla 2):

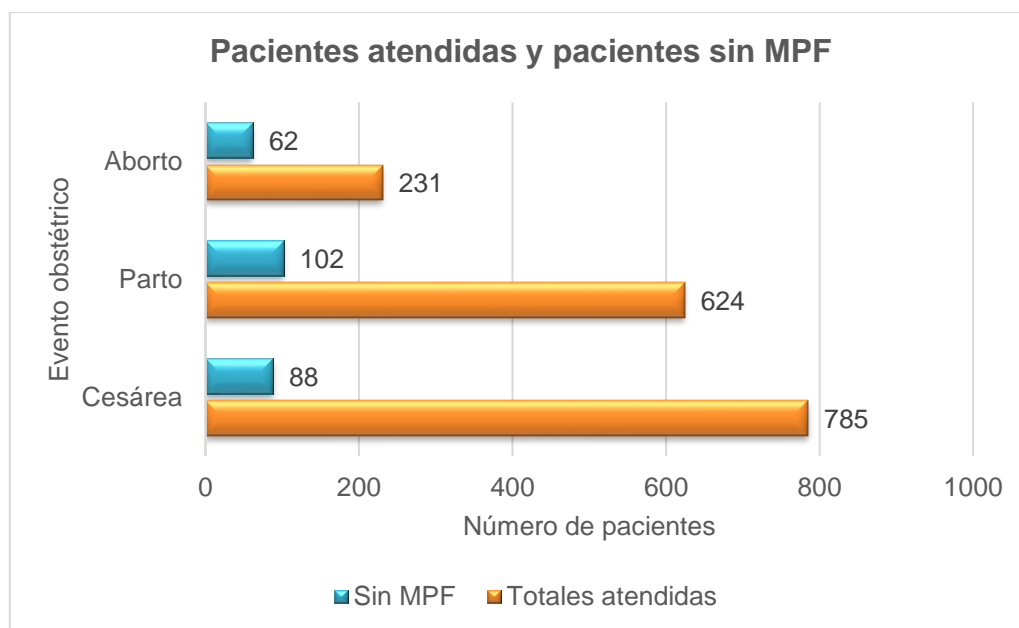
<b>Tabla 2. Características clínicas (n= 132)</b>		
<b>Variable</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Resolución del último embarazo</b>		
Parto	43	32.58
Cesárea	49	37.12
Aborto	40	30.30
<b>Tipo de embarazo</b>		
Se desconoce	36	27.27
Único	92	69.7
Múltiple	4	3.03
<b>Número de embarazos</b>		
1	56	42.42
2	47	35.61
3	16	12.12
4	12	9.09
5	1	0.76
<b>Antecedentes ginecoobstétricos</b>		
<b>Partos</b>		
0	70	53.03
1	39	29.55
2	14	10.61
3 o más	9	6.81
<b>Cesáreas</b>		
0	73	55.30
1	49	37.12
2	10	7.58
<b>Abortos</b>		
0	69	52.27
1	45	34.09
2	16	12.12
3 o más	2	1.52
<b>Edad de inicio de vida sexual</b>	<b>Media ± DS</b>	
	18.73 ± 3.56	
<b>Número de parejas sexuales</b>		
1 a 3	102	77.28
4 o más	30	22.72
<b>Número de comorbilidades</b>		
0	123	93.18
1	8	6.06
2	1	0.76
<b>Tiempo de último evento obstétrico (años)</b>	<b>Media ± DS</b>	
	2.55 ± 3.18	



En cuanto a la vía de resolución del embarazo, se pudo observar que el 37.12% fue por cesárea, el 32.58% por parto vaginal y el 30.3% por aborto. En un 69.7% fueron embarazos únicos y sólo el 3.03% fue embarazo múltiple (gemelar), el resto se desconocía, esto en relación a los abortos, debido a la edad gestacional al momento de la pérdida. De las pacientes estudiadas, el 42.42% fueron primigestas, 35.61% fueron secundigestas y la proporción restante tenían antecedente de 3 o más embarazos. Se evidenció también que, de la totalidad de las pacientes, el 53.03%, no contaba con antecedente de ningún parto, cesárea (55.3%) ni abortos en 52.27%.

En relación al inicio de vida sexual, la media de edad fue de 18.73 años ( $\pm 3.56$ ), con una edad mínima de 14 años y una máxima de 39 años; y el 77.28% de las pacientes habían tenido entre 1 a 3 parejas sexuales. El 93.18% de ellas no presentaba ninguna comorbilidad durante ese periodo de tiempo y en cuanto al tiempo del último evento obstétrico, la media fue de 2.55 años ( $\pm 3.18$ ).

Finalmente, a partir de los datos proporcionados por el SIMO, se calculó el porcentaje de no aceptación de métodos de planificación familiar posterior a un evento obstétrico, el cual fue de 15.36% (252 pacientes), de un total de 1640 pacientes atendidas durante el periodo de estudio del presente trabajo.



## 10. Discusión

En el presente estudio se describieron las características sociodemográficas de pacientes que no aceptaron métodos de planificación familiar posterior a un evento obstétrico atendidas en el área de tococirugía del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, del IMSS de Cuernavaca, Morelos, encontrando varias similitudes y ciertas diferencias, con respecto a estudios previos relacionados:

En nuestro estudio encontramos que el promedio de edad de las pacientes estudiadas fue de 28.05 ( $\pm$  5.17) años, predominando como su área de residencia la de tipo urbana (84.09%), resultado similar a lo descrito en el trabajo realizado por Sánchez RC y Leiva GR (23), quienes reportaron que las pacientes con edad entre 30-35 años y pertenecientes a la zona urbana presentaron menor probabilidad de uso de anticonceptivos en relación con las de zona rural. Respecto a la variable estado civil, en nuestro estudio se encontró que la mayoría de las pacientes pertenecían al estado civil unido (unión libre o casadas) en un 78.79%, en concordancia con el estudio realizado por Vázquez CR, Ruiz D, García ZP et al. (24), en el cual el 86% era parte de este grupo.

En cuanto a la escolaridad de las pacientes, la reportada en mayor frecuencia en nuestro estudio fue preparatoria concluida en el 43.18% de las pacientes, seguida de educación universitaria (31.06%), resultado que coincide con los resultados obtenidos por De la Vara SE, Hubert C, Saavedra AB, et al. (11), donde reportaron que el 25.3% de las pacientes que no recibieron anticoncepción postparto contaban con escolaridad superior en comparación con el 15.6% de las que recibieron APP; en contraste con lo descrito en el estudio realizado por Sánchez RC y Leiva GR (23), donde se menciona que la probabilidad de uso de protección anticonceptiva de una persona con secundaria y con universidad es 6.7 y 13.9 puntos porcentuales más alta, respectivamente, en relación con la probabilidad de una persona únicamente con primaria.

De la Vara SE, Hubert C, Saavedra AB, et al.(11) reportan en su análisis, que la posibilidad de recibir APP es significativamente menor para las pacientes que hablan lengua indígena respecto de las que no hablan, mismo que concuerda con el presente trabajo, en el que el 98.48% de nuestra población en estudio no hablaba lengua indígena.

Al contrario con la variable ocupación, en la que se describió que el 55.18% de las pacientes que no recibieron anticoncepción no estudiaban ni trabajaban, sin embargo, dicho valor no fue representativo ( $p= 0.667$ ) en su estudio, en comparación con nuestros hallazgos, donde la mayoría de las pacientes contaban con un empleo (59.85%).

Finalmente, la frecuencia de no aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos postevento obstétrico estimada en nuestro estudio fue de 15.36% ( $n=252$ ), en comparación con el 38.27% ( $n=222$ ) obtenido en el trabajo de Vázquez CR, Ruiz D, García ZP et al. (24), mismo que tuvo una población de pacientes atendidas por evento obstétrico mucho menor a la reportada en nuestros datos.

Dentro de las fortalezas de este estudio, se puede mencionar que el tipo de diseño fue el adecuado para dar respuesta al objetivo principal. El tamaño de muestra fue aceptable para caracterizar sociodemográficamente a las pacientes estudiadas.

Una de las limitaciones que se presentaron durante la realización de esta investigación fue durante la obtención de datos, ya que inicialmente se contaba con un registro detallado de las pacientes atendidas por evento obstétrico y pacientes no aceptantes de métodos anticonceptivos, mismo que posteriormente fue referido como archivo muerto, pese a tratarse de datos recientes (2022), y el cual no pudo recuperarse y se recurrió a otra fuente de registros con los que contaba el IMSS. Otra limitante es que, al tratarse de un estudio de tipo transversal, no permite identificar causalidad, por lo que consideramos importante que se realicen estudios con mayor fortaleza metodológica.

Este proyecto, sin duda, deja apertura a nuevas líneas de investigación para ampliar la información obtenida hasta el momento con otros diseños metodológicos, misma que sirva para beneficiar al paciente y lograr un mejor enfoque en su abordaje integral.

## **11. Conclusión**

De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, las características sociodemográficas de mujeres que no aceptaron métodos anticonceptivos post evento obstétrico atendidas en el Hospital General Regional con Medicina Familiar No.1 de Cuernavaca, Morelos son: edad promedio de 28 años, no hablante de lengua indígena, en estado civil unido, pertenecer a un área de residencia en zona urbana, con escolaridad preparatoria y ser empleada.

De las 1640 pacientes atendidas por partos, cesáreas o abortos durante el periodo de enero a junio de 2022, se calculó un 15.36% de no aceptación de métodos anticonceptivos posterior a dichos eventos obstétricos.

Se identificó que la frecuencia de rechazo de métodos anticonceptivos de acuerdo a la edad fue mayor a los 27 años. Asimismo, de acuerdo al estado civil, se observó una mayor frecuencia de rechazo de métodos anticonceptivos en pacientes con estado civil unido y con escolaridad preparatoria completa.

## 12. Referencias bibliográficas

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 [Internet]. 2004. Disponible en: [https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PoA\\_sp%281%29.pdf](https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PoA_sp%281%29.pdf)
2. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico. Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018. Programa sectorial de Salud.
3. Organización de las Naciones Unidas. Cumbre del Milenio, 6 a 8 de septiembre de 2000, Nueva York [Internet]. Naciones Unidas. Conferencias. Medio ambiente y desarrollo sostenible. Disponible en: <https://www.un.org/es/conferences/environment/newyork2000>
4. Organización Mundial de la Salud. Reproductive health indicators : guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. 2006 [citado el 22 de noviembre de 2022];13. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43185>
5. Secretaría de Salud. Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar [Internet]. 2004. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/53633/NOM-005-SSA2-1993.pdf>
6. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamientos técnicos para la prescripción y uso de métodos anticonceptivos en México [Internet]. 2022. Disponible en: [https://salud.edomex.gob.mx/sem/docs/prevencion/lineamientos\\_anticonceptivos.pdf](https://salud.edomex.gob.mx/sem/docs/prevencion/lineamientos_anticonceptivos.pdf)
7. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Eficacia de los Métodos Anticonceptivos [Internet]. [citado el 14 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.acog.org/en/womens-health/infographics/eficacia-de-los-metodos-anticonceptivos>
8. Organización Mundial de la Salud, Agency for International Development. Estrategias para la programación de la planificación familiar postparto [Internet]. Programming strategies for postpartum family planning. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 [citado el 10 de noviembre de 2021]. 12 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112766>
9. Organización Mundial de la Salud. Un nuevo estudio de la OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar [Internet]. [citado el 10 de noviembre de 2021]. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>

10. Situación de la salud sexual y reproductiva en la República Mexicana [Internet]. [citado el 11 de noviembre de 2021]. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo\\_SSR\\_RM.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf)
11. De la Vara-Salazar E, Hubert C, Saavedra-Avendaño B, et al. Provisión de métodos anticonceptivos en el posparto inmediato en México, 2018-19. *Salud Publica Mex* [Internet]. el 24 de noviembre de 2020 [citado el 23 de noviembre de 2022];62(6, Nov-Dic):637–47. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11850>
12. Levy TS, Rivera-Dommarco J, Bertozzi S. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: análisis de sus principales resultados. *Salud Pública de México* [Internet]. el 24 de noviembre de 2020 [citado el 15 de enero de 2023];62(6, Nov-Dic):614–7. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/12280>
13. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico. Salud sexual y reproductiva 2020-2024 [Internet]. Disponible en: <https://www.saludzac.gob.mx/home/docs/Comite%20de%20Igualdad/PAE%202020-2024.pdf>
14. Torres-Pereda P, Heredia-Pi IB, Ibáñez-Cuevas M, et al. Quality of family planning services in Mexico: The perspective of demand. *PLoS One* [Internet]. el 30 de enero de 2019 [citado el 10 de noviembre de 2021];14(1):e0210319. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6353096/>
15. Gobierno de México, Procuraduría Federal del Consumidor. Cuidarte también es amar. Anticonceptivos [Internet]. gob.mx. [citado el 14 de enero de 2023]. Disponible en: <http://www.gob.mx/profeco/documentos/cuidarte-tambien-es-amar-anticonceptivos?state=published>
16. Secretaría de Salud DDO de la F. Ley General de Salud [Internet]. 1984 [citado el 15 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0)
17. DOF - Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar [Internet]. [citado el 7 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4699269&fecha=30/05/1994#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4699269&fecha=30/05/1994#gsc.tab=0)
18. IMSS. Planificación familiar [Internet]. [citado el 10 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar>
19. OMS. Planificación familiar [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2022 [citado el 19 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

20. INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2018 [Internet]. 2018. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados\\_enadid\\_18.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid_18.pdf)
21. INEGI, INMUJERES. Mujeres y hombres en México 2020. [Internet]. 2020. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/mujeresyhombresenmexico2020\\_101353.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/mujeresyhombresenmexico2020_101353.pdf)
22. Consejo Nacional de Población. Datos Abiertos de México - Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. [citado el 14 de enero de 2023]. Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/salud-sexual-y-reproductiva>
23. Sánchez-Retana C, Leiva-Granados R. Factores incidentes en el uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente y adulta joven en Costa Rica. PSM [Internet]. el 30 de junio de 2016 [citado el 10 de noviembre de 2021];14(1). Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/25142>
24. Castro RV, Ramírez DR de C, Zamora PGG, et al. Determinantes del rechazo a la anticoncepción post evento obstétrico en pacientes del Hospital de la Mujer Zacatecana. IBN SINA [Internet]. 2015 [citado el 13 de diciembre de 2022];6(1). Disponible en: <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/ibnsina/article/view/7>
25. Organización Mundial de la Salud (OMS). Mortalidad materna [Internet]. [citado el 19 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
26. Caudillo-Ortega L, García-Rodríguez AA, Harrison T, et al. Percepciones de las Mujeres Mexicanas Sobre el Uso de Métodos Anticonceptivos: Un Estudio Cualitativo. Hisp Health Care Int [Internet]. septiembre de 2017 [citado el 7 de agosto de 2023];15(3):107–12. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1540415317723330>
27. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. 1983. Disponible en: [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinacional/10.\\_NAL.\\_Reglamento\\_de\\_Investigacion.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinacional/10._NAL._Reglamento_de_Investigacion.pdf)
28. DOF - Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. [Internet]. 2013 [citado el 15 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0)

## 13. Anexos

### 13.1 Carta solicitud de no inconveniencia



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA MORELOS  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS  
HGR/UMF No.1 "LIC. IGNACIO GARCIA TÉLLEZ"

Cuernavaca, Morelos a 11 de diciembre de 2022

Asunto: Solicitud de NO INCONVENIENCIA

**DRA. DELIA GAMBOA GUERRERO**  
Directora del HGR con Medicina Familiar No. 1  
PRESENTE

Por medio de la presente me permito solicitar a usted de manera atenta y respetuosa su autorización para realizar el proyecto de investigación titulado "Caracterización sociodemográfica de mujeres que no aceptan métodos anticonceptivos post evento obstétrico atendidas en el Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 de Cuernavaca, Morelos", el cual se pretende llevar a cabo en el Hospital General Regional con Medicina Familiar No.1 de Cuernavaca, Morelos, institución a su digno cargo. El objetivo de dicho estudio es: Describir las características sociodemográficas de mujeres que no aceptan métodos anticonceptivos post evento obstétrico atendidas en el Hospital General Regional con Medicina Familiar No.1 de Cuernavaca, Morelos, por lo que se requiere de la revisión de expedientes clínicos. En esta investigación su servidora Dra. Jesabel Cruz Miranda, con categoría Médico con especialidad en Medicina Familiar con adscripción a la UMF 20 de Cuernavaca, Morelos, funge como la investigadora responsable y como investigadores asociados la Dra. Rosalba Morales Jaimes, Dra. en Ciencias de la Salud Pública, Médica Familiar e Investigadora Asociada del IMSS, Adscrita al HGR c/MF No. 1, y la Dra. Paloma Marbán Nájera, Médica residente de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar adscrita al HGR c/MF No. 1 de Cuernavaca, Morelos.

Cabe mencionar que el protocolo será sometido a evaluación y, en caso de aprobación por los Comités de Ética e Investigación 1701B y 1701, respectivamente, el equipo de investigación se compromete a no hacer mal uso de las instalaciones, documentos, expedientes, archivos físicos y/o electrónicos o cualquier información relacionada con la investigación. Asimismo, también refrenda el compromiso de resguardar la confidencialidad de los datos a través de folios y codificación de los nombres y apellidos de los pacientes, además de salvaguardar la privacidad de los participantes. La divulgación de información será exclusivamente a través de foros, carteles, medios impresos, electrónicos o presenciales con fines científico-académicos. No se difundirá, distribuirá o comercializará información derivada de la ejecución de este estudio.

Le no tener ningún inconveniente para que este estudio se realice en este HGR c/MF No.1 a su digno cargo, le solicito, de manera atenta y respetuosa, realizar un oficio dirigido a la Dra. Delia Gamboa Guerrero, presidenta del Comité Local de Investigación 1701, en donde se manifieste la no inconveniencia de su parte para que este equipo de investigación lleve a cabo el estudio en esta unidad médica.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**  
  
Dra. Jesabel Cruz Miranda  
Matrícula: 11013117

Médica Familiar Adscrita a la UMF 20 de Cuernavaca, Morelos



## 13.1 Carta de no inconveniencia



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA MORELOS  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS  
HGR/UMF No.1 "LIC. IGNACIO GARCIA TÉLLEZ"

Cuernavaca, Morelos a 11 de diciembre del 2022

Asunto: NO INCONVENIENCIA

### COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN 1701 PRESENTE

En respuesta la solicitud realizada con fecha del 11 de diciembre de 2022 por parte de la Médica Especialista en Medicina Familiar Jesabel Cruz Miranda con matrícula 11013117, adscrito a la UMF 20 de Cuernavaca, Morelos, quien funge como investigadora responsable y como investigadores asociados: Dra. Rosalba Morales Jaimes, Dra. en Ciencias de la Salud Pública, Médico Familiar e Investigadora Asociada del IMSS, Adscrita al HGR c/MF No. 1, y Dra. Paloma Marbán Nájera, Médico residente de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar adscrita al HGR c/MF No. 1 de Cuernavaca, Morelos, quienes desean desarrollar la propuesta de investigación titulada "**Caracterización sociodemográfica de mujeres que no aceptan métodos anticonceptivos post evento obstétrico atendidas en el Hospital General Regional con Medicina Familiar No.1 de Cuernavaca, Morelos**", cuyo objetivo es describir las características sociodemográficas de mujeres que no aceptan métodos anticonceptivos post evento obstétrico atendidas en el Hospital General Regional con Medicina Familiar No.1 de Cuernavaca, Morelos, la cual será desarrollada a través de recolección de datos mediante la revisión de expedientes clínicos de pacientes atendidas en el servicio de tococirugía de este hospital.

Le hago de su conocimiento que no tengo ningún inconveniente para que este estudio se realice en esta unidad médica. Asimismo, manifiesto mi compromiso para apoyar el desarrollo de actividades de investigación dentro de este HGR c/MF No.1 a mi cargo. Esperando que se aporte conocimientos científicos que apoyen a mejorar la atención a nuestros derechohabientes.

Aprovecho para reiterar el compromiso que manifestó el equipo de investigación de resguardar la confidencialidad y salvaguardar la privacidad de los participantes. Asimismo, que la divulgación de información será exclusivamente con fines científico-académicos.

Quedo de usted a sus amables órdenes.

ATENTAMENTE

  
DRA. DELIA GAMBOA GUERRERO  
Directora del HGR con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

### 13.3 Carta de excepción de consentimiento informado

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA MORELOS  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS  
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR No 1**

**SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Para dar cumplimiento a las disposiciones legales nacionales en materia de investigación en salud, solicito al Comité de Ética en Investigación del **Hospital General Regional con Medicina Familiar No 1, Cuernavaca Morelos**, que apruebe la excepción de la carta de consentimiento informado debido a que el protocolo de investigación **“CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE MUJERES QUE NO ACEPTAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POST EVENTO OBSTÉTRICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DE CUERNAVACA, MORELOS”**, es una propuesta de investigación sin riesgo que implica la recolección de los siguientes datos ya contenidos en los expedientes clínicos:

- a) Edad
- b) Lengua indígena
- c) Escolaridad
- d) Área de residencia
- e) Estado civil
- f) Ocupación
- g) Religión
- h) Número de embarazos
- i) Número de hijos (nacidos muertos, nacidos vivos, sobrevivientes)
- j) Resolución del embarazo
- k) Edad de inicio de vida sexual
- l) Número de parejas sexuales
- m) Antecedentes gineco-obstétricos
- n) Tipo de embarazo
- o) Método anticonceptivo previo

**MANIFIESTO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE DATOS**

En apego a las disposiciones legales de protección de datos personales, me comprometo a recopilar solo la información que sea necesaria para la investigación y esté contenida en el expediente clínico y/o base de datos disponible, así como codificarla para imposibilitar la identificación del paciente, no se recolectará nombre ni número de seguridad social de los expedientes elegibles. La información será resguardada y solo tendrán acceso a ella los investigadores participantes a modo de garantizar y mantener la confidencialidad de esta y no hacer mal uso o compartirla con personas ajenas a este protocolo.

La información recabada será utilizada exclusivamente para la realización del protocolo **“CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE MUJERES QUE NO ACEPTAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POST EVENTO OBSTÉTRICO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DE CUERNAVACA, MORELOS”** cuyo propósito es producto **para tesis**.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones que procedan de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales en materia de investigación en salud, vigentes y aplicables.

Atentamente  
Jesabel Cruz Miranda  
Médica Familiar Adscrita a la UMI 20 de Cuernavaca, Morelos  
Investigadora Responsable

### 13.4 Instrumento de recolección de la información

Folio	Nombre (Iniciales)	Edad	Lengua indígena	Estado civil	Área de residencia	Escolaridad	Ocupación	Religión	Resolución del embarazo

Resolución del embarazo	Tipo de embarazo	Número de embarazos	Partos	Cesáreas	Abortos	IVSA	Número de parejas sexuales	Comorbilidades	Tiempo de último evento